MICROQUÍMICA DO PODER

UMA ANÁLISE GENEALÓGICA DOS PSICOFÁRMACOS CONTEMPORÂNEOS

SILVIO DE AZEVEDO SOARES

Microquímica do poder

SILVIO DE AZEVEDO SOARES

MICROQUÍMICA DO PODER

UMA ANÁLISE GENEALÓGICA DOS PSICOFÁRMACOS CONTEMPORÂNEOS

Cultura Acadêmica

Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
www.livrariaunesp.com.br
atendimento.editora@unesp.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Elaborado por Vagner Rodolfo da Silva – CRB-8/9410

S676m Soares, Silvio de Azevedo

Microquímica do poder : uma análise genealógica dos psicofármacos contemporâneos / Silvio de Azevedo Soares. – São Paulo : Cultura Acadêmica Digital, 2022.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-5954-248-2 (eBook)

CDD 616.89
2022-2129 CDU 616.89

Índice para catálogo sistemático:

1. Psiquiatria 616.89
2. Psiquiatria 616.89

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações Digitais da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP)

Editora afiliada:

Asociación de Editoriales Universitarias de América Latina y el Caribe

Associação Brasileira de Editoras Universitárias

Aos meus pais, José e Neide, por quem eu sou.
Aos meus filhos, Felipe e Lívia Maria, por quem estou sendo e, principalmente, por quem serei.

"As genealogias são, muito exatamente, anticiências. [...] É exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso considerado científico que a genealogia deve travar o combate."

Foucault, *Em defesa da sociedade*

"A psiquiatrização não é alguma coisa que aconteça aos mais estranhos, aos mais excêntricos dentre nós; ela pode nos surpreender a todos e por toda parte, nas relações familiares, pedagógicas e profissionais."

Foucault, *O asilo ilimitado*

Sumário

Introdução

O problema, o objeto e o tema

Talvez um famoso autor portenho de literatura fantástica não necessitasse, hoje, de tanto engenho caso desejasse redigir uma classificação dos transtornos mentais-psíquicos[1] tal como fez em escrito sobre uma enciclopédia chinesa que trazia uma pitoresca categorização dos animais.[2] Em um certo manual psiquiátrico estadunidense

1 Operadas aparentemente como sinônimos no discurso psiquiátrico atual, as noções de "mente" ou "mental" e "psique" ou "psíquico" podem remeter a distintas proveniências, a diversos regimes discursivos e a diferentes objetos referenciados. No entanto, uma genealogia histórica dessas noções foge ao escopo de meu objetivo neste trabalho. Tangenciando uma arqueogenealogia das noções de psique e de mente (da compreensão de início do século XX na qual o ser humano era pensado como habitado por um profundo espaço interior, fonte de nossos desejos e problemas, até o paradigma contemporâneo da mente neuromolecularizada) pode-se conferir Nikolas Rose (1999) e Fernando Vidal e Francisco Ortega (2019). Já a reconfiguração médica da ideia de loucura como doença mental na virada do século XVIII para o XIX e a consolidação da noção de transtorno mental, nos anos 1980, em substituição ao conceito de doença, serão abordados, respectivamente, nos capítulos 1 e 3 deste estudo.

2 Trata-se de trecho de um ensaio do escritor argentino Jorge Luis Borges, "O idioma analítico de John Wilkins" (2007, p.124), citado por Michel Foucault no Prefácio de *As palavras e as coisas* (1999b, p.IX): "certa enciclopédia chinesa

(APA, 2014),[3] principal orientação da prática diagnóstica contemporânea, está inscrito que os transtornos mentais se dividem, entre outras categorias, em: a) aqueles relacionados às dificuldades da fala (Transtorno da Fluência – sim, a gagueira é considerada um transtorno psiquiátrico); b) das crianças desatentas e que não param quietas (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade); c) dos humores variantes (Transtorno Bipolar); d) dos ânimos exaltados e estressados (Transtorno Depressivo Disruptivo da Desregulação do Humor); e) dos sentimentos das mulheres nos dias que antecedem às "regras" (Transtorno Disfórico Pré-menstrual); f) das pessoas que não conseguem parar de fazer algo (Transtorno Obsessivo-Compulsivo); g) aqueles das pessoas que não conseguem dormir (Transtorno de Insônia – a insônia também é compreendida como parte dos transtornos mentais); h) dos sujeitos transgêneros (Transtorno de Disforia de Gênero); i) das birras de criança (Transtorno de Oposição Desafiante); j) dos que bebem muito café (Transtornos Relacionados à Cafeína); k) dos comportamentos que o clínico psiquiatra quer patologizar mas ainda não foram inseridos no manual (Transtorno Mental Não Especificado).

Para cada transtorno, a psiquiatria atual tem a sua disposição, como terapêutica, um rol de psicofármacos, medicamentos que se distinguem por intervirem em níveis neuromoleculares, produzindo efeitos no comportamento, no humor e na cognição (Guimarães; Graeff, 1999; Almeida, R. 2006; Cordás; Moreno,

---

[...] consta que os animais se dividem em: a) pertencentes ao Imperador, b) embalsamados, c) domesticados, d) leitões, e) sereias, f) fabulosos, g) cães em liberdade, h) incluídos na presente classificação, i) que se agitam como loucos, j) inumeráveis, k) desenhados com um finíssimo pincel de pelo de camelo, l) etcétera, m) que acabam de quebrar a bilha, n) que de longe parecem moscas".

3 Produzido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (o DSM, sigla a partir da nomenclatura original *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) é o parâmetro hegemônico de diagnose na prática clínica da psiquiatria contemporânea (Caponi, 2014, p.759) e a principal referência da Organização Mundial da Saúde (OMS) em sua categorização das desordens mentais presente na Classificação Internacional de Doenças-CID (Birman, 2014, p.34).

2008). Continuando no exercício de taxinomia, os medicamentos psicofármacos são comumente divididos em: a) para os apreensivos, os ansiolíticos (o diazepam, o clonazepam – o Rivotril –, entre muitos); b) aos desalentados, os antidepressivos (como a imipramina, a fluoxetina – que ganhou notoriedade como Prozac – e a sertralina); c) para os transtornos delirantes, os antipsicóticos (a clorpromazina, o haloperidol, entre outros); d) para os temperamentos bipolares, os estabilizadores do humor (entre os quais o lítio e a carbamazepina); e) para os desatentos, os psicoestimulantes (entre vários, o metilfenidato, a conhecida Ritalina) (Sena et al, 2011; Stahl, 2014).

Apesar de certa melhora no bem-estar do sujeito, da remissão de alguns sintomas e da diminuição das crises e das internações psiquiátricas com o uso de psicofármacos (Bio; Souza; Moreno, 2011; Xavier et al, 2014), há relatos de agravos relacionados à utilização desses medicamentos. A dependência medicamentosa e o uso abusivo e banalizado desses remédios (Ferrazza et al, 2010), o comprometimento na realização das atividades cotidianas por causa de sonolência, prostração e inquietação motora decorrentes do uso de psicofármacos (Borges; Hegadoren; Miasso, 2015; Falci et al, 2019), além das repercussões biopolíticas subjetivas implicadas no emprego dessa tecnologia (Ignacio; Nardi, 2007) – objeto principal deste trabalho –, são alguns dos principais efeitos adversos descritos. Desses resultados ambivalentes decorre a condição de *pharmakon* (Platão, 2016, 230d; Preciado, 2018a, p.157) dos psicofármacos: podem agir concomitantemente como remédio e veneno.

Instigado por esse cenário, tenho como objetivo, a partir do quadro analítico do pensador[4] francês Michel Foucault, descrever as especificidades dos efeitos políticos e subjetivos que se podem

4 Existe certa dificuldade em situar Foucault, a despeito das inúmeras contribuições teóricas e metodológicas à filosofia e à história. Sobre isso, Foucault, ironicamente, autointitulava-se não como historiador nem como filósofo, mas como um "pirotécnico", que fabrica alguma coisa que permite avançar, que possa fazer caírem os muros (acadêmicos, científicos, institucionais...): "Considero meus livros como minas, pacotes de explosivos... Espero que sejam!" (Foucault, 2006i, p.79).

desdobrar do discurso psiquiátrico contemporâneo referente ao uso de psicofármacos (em especial, do Prozac), bem como destacar algumas experiências que possam sugerir traços de resistência ao emprego desses medicamentos (enquanto principal tecnologia de poder-saber da atual psiquiatria neurobiológica extra-asilar).

A utilização do quadro analítico de Foucault me permite curto-circuitar e desconstruir a pretensa naturalidade da medicina como principal ciência do corpo e da psique humanos na modernidade[5] e questionar, dessa forma, as verdades psiquiátricas sobre seus complexos efeitos de poder em torno dos corpos, das subjetividades e das populações.

Em um exercício de imaginação sociológica próximo ao proposto por Wright Mills (1975, p.11-12), o estímulo inicial desta pesquisa vincula-se a experiências pessoais. Primeiro, ainda no segundo ano da graduação em Ciências Sociais em 2005, a indicação médica de um fármaco psiquiátrico diante de certos percalços que estava passando. Prescrição que tomei, nesse momento, sem nenhum estranhamento sociológico: curiosamente, lembro-me, em um dos retornos com o médico, de ter dito que me sentia melhor por estar *mais produtivo* em relação às atividades e às demandas acadêmicas.

Em seguida, encerrada a graduação e como trabalhador da gestão em saúde pública de uma pequena cidade do interior paulista entre 2009 e 2011, comecei a considerar intrigante a quantidade de psicofármacos distribuídos e a alta demanda por consultas psiquiátricas. Em 2012, iniciei o trabalho como professor de sociologia no ensino médio da rede estadual de São Paulo. A partir da satisfação nessa experiência docente, passei a acalentar o desejo de realizar uma pós-graduação em Ciências Sociais. Com esse objetivo em mente, retomei as inquietações sobre a psiquiatria (em particular, sobre os

---

5 Adoto aqui a compreensão de modernidade como descrita em Foucault: a) período histórico que se desenvolve a partir do final do século XVIII; b) em uma perspectiva política, a partir do exercício do biopoder; c) em um ponto de vista epistêmico, a partir da constituição das ciências humanas (Castro, 2009, p.301).

psicofármacos) e comecei a ler algumas produções da literatura sociológica sobre esse campo temático.

A partir de 2013, passei também a frequentar (de forma contínua e assídua até hoje) o Grupo de Estudos em Segurança Pública (GESP) capitaneado pelo professor doutor Luís Antônio Francisco de Souza (docente que já conhecia de duas disciplinas na graduação) com o objetivo de embrenhar-me de maneira mais rigorosa nos trabalhos de Foucault e utilizá-los em minha proposta de investigação. No final de 2015, fui aprovado para o mestrado em Ciências Sociais no Programa de Pós-Graduação da Unesp de Marília e, no ano de 2018, na banca de qualificação do mestrado, houve a sugestão para a passagem ao doutorado direto. Como dizem aqui no interior paulista, "cavalo arreado não passa duas vezes", aceitei essa indicação, que resultou neste estudo.

Em especial, tomar os psicofármacos como objeto de investigação foi também um exercício de problematização de uma tecnologia de poder-saber-sujeição que atravessa meu corpo-subjetividade (e também de milhões de outros sujeitos na atualidade).

Ao longo desse processo biográfico, procurei examinar o fenômeno do uso de medicamentos psiquiátricos a partir do debate sobre a medicalização do social. Essa noção de medicalização vem sendo utilizada nas Ciências Sociais para descrever os processos de avanço da medicina moderna sobre distintos âmbitos da sociedade ocidental, até então não patologizados (como a família, a educação, o trabalho, o meio urbano, o crime).

Zorzanelli, Ortega e Bezerra (2014) assinalam o início do uso dessa noção a partir dos anos 1970, nos trabalhos desenvolvidos na sociologia por Irving Zola (1972) e Peter Conrad (1975; 1992). Tanto Zola quanto Conrad utilizam o conceito de medicalização para definir um processo, situado a partir de meados do século XX, em que fenômenos sociais (como o envelhecimento, a tristeza e o sobrepeso) foram progressivamente sendo medicalizados, transformados em doenças ou transtornos a ser objeto de tratamento medicamentoso. Por meio de deslocamentos (do pecado ao crime, do crime à doença), a medicina assumiu uma função de controle social que fora antes atribuída à religião e à lei.

Também na década de 1970, o pensador social Ivan Illich (1975) compreende a medicalização como processo histórico em que a medicina se tornou a principal responsável pelo corpo do indivíduo. Uma das principais questões desse autor se refere à perda de autonomia das pessoas, que se tornaram dependentes do saber de especialistas para o cuidado de sua própria saúde.

Com relação ao uso da noção de medicalização por Foucault, Zorzanelli, Ortega e Bezerra (2014) apontam uma diferenciação importante entre esse autor e seus contemporâneos (Zola, Conrad e Illich). No primeiro, a medicalização se refere ao processo histórico europeu, nos séculos XVIII e XIX, de emergência e de consolidação de disposições políticas gerais (e ainda atuais) que Foucault denomina de biopoder. Os outros autores limitam seus estudos apenas ao período do pós-Segunda Guerra do século XX. Dessa forma, mobilizar as análises de Foucault permite-me compreender os desenvolvimentos contemporâneos da medicalização[6] a partir de processos históricos constitutivos da própria modernidade ocidental.

Conforme apresento no primeiro capítulo, foi no decorrer de um processo de medicalização do social iniciado a partir de meados do século XVIII que a psiquiatria (ainda na passagem para o século XIX) penetrou no asilo, patologizou a loucura e medicalizou seus próprios discursos com o intuito de legitimar suas intervenções de poder sobre os corpos insanos e sobre inúmeros domínios do social.

Na contemporaneidade, é ainda como ciência médica que a psiquiatria se coloca e atua: consolidada nos anos 1990, a psiquiatria biológica atual se fundamenta nos saberes da biologia molecular, da psicofarmacologia e das neurociências.[7] Nessa psiquiatria, os

---

6 Em especial, como desenvolvo no Capítulo 4, os vínculos entre os processos atuais de medicalização (e, particularmente, o consumo de psicofármacos) com a constituição do sujeito neoliberal empreendedor de si e individualmente responsabilizado por sua trajetória, tal como exposto por Pierre Dardot e Christian Laval (2016, p.367 e 375).

7 Nos anos 1990, ocorre uma série de incentivos e investimentos do governo estadunidense em pesquisas científicas sobre patologias mentais. Esse movimento é simbolizado pela instauração, no governo Bush, da "Década do Cérebro" a partir de primeiro de janeiro de 1990 (Rose, 2013, p.262). Na década de 1980,

distúrbios psíquicos são concebidos como disfunções em neurotransmissores e em sinapses cerebrais, passíveis de modulações com o uso de psicofármacos (Rose, 2003, p.57; Siqueira, 2011, p.221).

Desse conceito de medicalização se desdobra a noção de psiquiatrização para se referir aos processos de generalização da psiquiatria (como especialidade médica) sobre inúmeros campos da sociedade (como a família, a infância, a justiça penal e as denominadas perversões sexuais) ainda no século XIX (Foucault, 1985; 2006a; 2010a). No contexto contemporâneo, uma das vias ainda privilegiadas dessa dinâmica de medicalização do social se realiza pela mediação da psiquiatria (Birman, 2014, p.24). Os estudos atuais analisam, por meio dessa noção de psiquiatrização, os movimentos de expansão da psiquiatria sobre novos domínios cotidianos, não estritamente patológicos, como o luto, a birra infantil, a tensão pré-menstrual, a educação e a performance cognitiva (Birman; Costa, 1994; Bezerra Jr., 2010; Freitas; Amarante, 2017; Caponi, 2018a).

Nesse atual contexto de psiquiatrização extra-asilar de novos e inúmeros âmbitos humanos e sociais, a hipótese defendida por este trabalho é a de que – em um dos registros de prescrição médica dos psicofármacos (como tecnologia psiquiátrica de poder-saber) – esses medicamentos se configuram como dispositivo biopolítico *neuro*-molecular (Rose, 2013)[8] que tem como objetivo a normalização de comportamentos e o governo de condutas. Como um dispositivo

---

ocorreu ainda o declínio da concepção psicodinâmico-psicanalítica na psiquiatria estadunidense. Com a vertente neurobiológica, a psiquiatria estadunidense se tornou hegemônica na clínica dos transtornos mentais (Bezerra Jr., 2010, p.122; Rose, 2013, p.305).

8 Pelo desenvolvimento das pesquisas genéticas, biomédicas e da medicina genômica entre fins do século XX e início do XXI, o sociólogo inglês Nikolas Rose (2011, p.11-2; 2013, p.17-9) considera que a vida humana se tornou passível de ser governada, modulada e administrada em seu nível molecular (em termos de genes, bases nucleotídeas, canais de íons, atividades enzímicas). Neste estudo, procuro avançar na descrição dessa biopolítica molecular (Rose, 2013, p.31) a partir da especificação e análise dos psicofármacos como dispositivo biopolítico *neuro*molecular, que intervém em fenômenos neuromoleculares como transmissores neurais e sinapses (discussão que desenvolvo no Capítulo 3).

biopolítico-psiquiátrico que atua em céu aberto, característica dos mecanismos de poder das sociedades de controle (Deleuze, 1992),[9] os psicofármacos visam normalizar os menores desvios de comportamento, os mínimos desequilíbrios nas atitudes e, até mesmo, as microscópicas anormalidades neuromoleculares como parte da estratégia de (re)investimentos do indivíduo em seu capital humano e de (re)inclusão nos circuitos da vida (Foucault, 2008b). Tal tática de utilização de psicofármacos pode contribuir na retomada, manutenção ou aprimoramento da performance, do desempenho e da eficiência dos sujeitos; valores apreciados pelo atual sistema normativo neoliberal baseado no modelo empresa de existência subjetiva e na competição generalizada (Dardot; Laval, 2016, p.16).

Nas dinâmicas contemporâneas de medicalização do social, essa biopolítica *neuro*molecular presente no desenvolvimento dos psicofármacos modernos, enquanto outra interface do farmacopoder (Preciado, 2018a),[10] toma a totalidade da vida nos termos neurobiológicos da medicina psiquiátrica atual. Expandindo sua intervenção na sociedade (com a criação de novos transtornos mentais e de novos psicofármacos), essa psiquiatria neurobiológica contemporânea modela subjetividades psiquiatrizadas nas quais os sujeitos,

---

9 Em termos gerais, o filósofo francês Gilles Deleuze (1992) considera ter ocorrido, na passagem da sociedade disciplinar do século XIX (descrita por Foucault) para a sociedade de controle a partir de meados do XX, uma expansão mais difusa, flexível e sutil dos monitoramentos sobre os corpos-subjetividades; controles que agora, muitas vezes, prescindem das então mediações institucionais (como o hospício, a escola, a prisão, a fábrica).

10 Trato aqui apenas de um dos âmbitos da análise de Paul Preciado (2018a), o tema do farmacopoder: o desdobramento de uma nova, disseminada e global esfera biopolítica nas possibilidades de controle dos corpos e de produção de subjetividades contidas no uso de hormônios sintéticos já a partir da primeira metade do século XX. Outro domínio desenvolvido no trabalho de Preciado se refere ao desenvolvimento do pornopoder: a instrumentalização micropolítica do pornô nas culturas de massa que, dessa forma, atravessa as relações contemporâneas de gênero. As articulações desses sistemas – as tecnologias de governo biomoleculares (os fármacos hormonais) com os processos semiótico-técnicos (o pornô) – constituem parte da economia de poder contemporânea designada, pelo filósofo, como era farmacopornográfica.

potencialmente, passam a ter, como referência de si, os discursos e tecnologias psiquiátricos.

Ao questionar as implicações político-subjetivas presentes no discurso psiquiátrico em torno da utilização dos psicofármacos, devo ressaltar que não negligencio as dores reais e os componentes biológicos envolvidos nas inúmeras condições denominadas pela psiquiatria como transtornos mentais, como não nego o alívio e o avanço promovidos pelo uso desses medicamentos. Em especial, na possibilidade de cuidados não manicomiais aos sujeitos psiquiatrizados e na atenuação de sofrimentos vinculados, por exemplo, às designadas depressões maiores e esquizofrenias. Procuro, de fato, a partir da existência biológica do corpo-subjetividade e seus percalços, problematizar como, em torno dos psicofármacos, desenvolvem-se, na atualidade, táticas de poder-saber-sujeição sobre a vida humana.

Perspectiva analítica: poder relacional e governo, saber e discursos, sujeitos e resistências

Neste trabalho, utilizo, para investigar o problema aqui apresentado, os instrumentos, os métodos e as análises construídos por Foucault. Defert (2013, p.55) e Machado (2017, p.107) lembram que Foucault almejava menos leitores e comentadores e mais utilizadores. Em entrevista de 1975 o próprio Foucault (2006i, p.52) colocara a metáfora da "caixa de ferramentas" para ilustrar como concebia o emprego de suas obras e suas categorias metodológicas:

> Todos os meus livros, seja *História da loucura* seja outro, podem ser pequenas caixas de ferramentas. Se as pessoas querem mesmo abri-las, servirem-se de tal frase, tal ideia, tal análise como de uma chave de fenda, ou uma chave inglesa, para produzir um curto-circuito, desqualificar, quebrar os sistemas de poder, inclusive, eventualmente, os próprios sistemas de que meus livros resultaram... pois bem, tanto melhor!

Nesse sentido, trago algumas considerações sobre o quadro analítico de Foucault de que lanço mão ao longo deste trabalho.[11] Foucault não foi um teórico do poder, não construiu uma teoria sistemática, totalizante e apriorística sobre *o que* é o poder. Em inúmeras análises históricas realizadas na sua fase designada genealógica[12] – nos cursos no Collège de France como *A sociedade punitiva* (2015), *O poder psiquiátrico* (2006a), *Os anormais* (2010a), *Em defesa da sociedade* (1999a) e nos livros *Vigiar e punir* (1987) e *História da sexualidade I: a vontade de saber* (1985) –, Foucault descreve *como* as

---

11 Não obstante certa dificuldade em circunscrever as definições e as ferramentas analíticas presentes nos trabalhos de Foucault, visto que, em livros distintos ou até no decorrer de um mesmo curso, ele desloca e amplia tais instrumentos e noções em virtude do objeto analisado e da problemática que emerge. Nesse sentido, Michel Senellart (2008, p. 518) denomina o procedimento de pesquisa de Foucault de "pensamento em movimento".

12 Estudiosos de Foucault – como Castro (2009, p.264), Machado (2016, p.32) e Negri (2016, p.16) – comumente dividem, ainda que de maneira um tanto quanto arbitrária, a sua trajetória intelectual em três períodos: uma arqueologia dos saberes, das regras de enunciação e de circulação dos discursos (anos 1960); uma analítica genealógica dos dispositivos de poder-saber que formam discursos e sujeitos (anos 1970); uma fase de problematização do sujeito e das práticas por meio das quais o ser humano se constituiu como sujeito (anos 1980). Todavia, tal periodização não é suficientemente precisa na articulação da produção de Foucault, já que as questões do poder, do discurso e do sujeito estão entremeadas, ainda que com distintos enfoques e abordagens, nas suas inúmeras análises. O próprio Foucault afirmou, em ocasiões distintas, que ora seu problema era a questão dos efeitos do poder e produção de verdades (2016f, p.354), ora essas diferentes fases estariam articuladas em torno do fio condutor do sujeito (1995, p.231). Além disso, tal divisão acaba, de certa forma, por obscurecer, por causa da imagem de justaposição de fases sucessivas, as transições e os deslocamentos ao longo da produção foucaultiana (Revel, 2004, p.67). Nesse sentido, é possível delimitar, por exemplo, pelo menos dois momentos singulares alocados em uma única fase, a genealógica: a) um primeiro, cujo início pode ser marcado por um texto de 1971, *Nietzsche, a genealogia e a história* (2016a), no qual Foucault busca instrumentalizar um novo método de análise a partir da compreensão de Nietzsche a respeito do caráter agonístico das relações de poder; b) um segundo período genealógico – assinalado a partir dos cursos *Em defesa da sociedade* (1999a) e *Segurança, território, população* (2008a) – no qual Foucault passa a analisar as relações de poder como também da ordem de condução das condutas (nessa perspectiva, cf. também próxima nota).

estratégias, os procedimentos e os controles de poder se exerceram sobre a materialidade dos corpos humanos.

Nessas análises, Foucault (1999a, p.32) concebe o poder como algo que se exerce: é ato, é relacional e não constitui uma substância ou entidade que se possa ter, trocar, retomar. Como relação social, o poder funciona a partir de redes de interações entre corpos, discursos, saberes, práticas, em que os sujeitos (como intermediários, não somente objetos de poder) exercem, se submetem ou resistem ao poder. Assim, não se trata de relações de poder que se impõem de maneira unívoca, mas de múltiplas lutas e enfrentamentos, em dado contexto histórico-social, entre diferentes saberes, poderes e modos de concepção do sujeito.

Na modernidade, o poder deve ser compreendido não somente nas dimensões negativas de repressão, proibição e cerceamento, mas também como realidade positiva: constitui discursos e modos de individualização (Foucault, 1987, p.172), produz instrumentos de observação, registro, investigação e acúmulo de saber (idem, 1999a, p.45).

No curso de 1977-78, *Segurança, território, população* (2008a), em uma espécie de deslocamento espiral no interior de seu quadro analítico,[13] Foucault passa a considerar o poder também como da ordem do governo, no sentido da possibilidade de direção de condutas de outro indivíduo ou de um grupo: poder que incita, induz, desvia, facilita ou dificulta, limita ou estende, obriga ou impede certos comportamentos e condutas (idem, 1995, p.243). Nesse sentido, afirma Foucault (1990, p.14) que o termo poder "não faz outra coisa senão recobrir toda uma série de mecanismos particulares, definíveis e definidos, que parecem suscetíveis de induzir comportamentos ou discursos".

---

13 No curso *Em defesa da sociedade* (1999a) Foucault faz uma autocrítica ao modelo binário da guerra (constituído a partir de Nietzsche) como princípio de análise das relações de poder (utilizado nos estudos citado em parágrafo anterior). Tal modelo da guerra entre dois antagonistas seria insuficiente para compreender a multiplicidade das relações de poder, pois as codifica, de forma excessiva, como violência, enfrentamento, rivalidade (Pelbart, 2017, p.14).

Na sua fase classificada como arqueológica, Foucault (2008c) delineou discurso de saber como o conjunto de enunciados historicamente constituído no contexto de específicas regularidades intradiscursivas, que aborda determinados objetos e que é materializado numa sequência de signos ditos ou escritos por sujeitos que ocupam posições delimitadas em relações hierárquicas de saber. Deslocando-se em relação a esse posicionamento, no denominado período genealógico, Foucault (2014a, p.173) amplia o âmbito de análise do saber passando a compreender também as conformações histórico-políticas (não discursivas) que produzem os discursos e os põem em circulação. Na genealogia trata-se, então, de indagar os discursos sobre seus efeitos de poder e de verdade sobre os corpos e os sujeitos.

Dessa maneira, em Foucault (1985, p.111), o poder e o saber se implicam e se reforçam mutuamente em "um jogo complexo e instável": às múltiplas relações de poder que perpassam a sociedade, se entrelaçam a favor ou em oposição às essas disposições de poder, específicos discursos de verdade. Tais práticas de poder e discursos de saber, a partir de determinadas instituições (escola, hospício, prisão etc.), engendram sujeitos, formas pelas quais os seres humanos se concebem e são compreendidos pelo corpo social (aluno, doente mental, delinquente etc.).

Para Foucault, o sujeito não é entendido como substância universal *a priori*. Pelo contrário, ele procura apresentar "um ceticismo sistemático a respeito de todos os universais antropológicos" (idem, 2004c, p.237), uma suspeição metodológica às conjecturas de saber supostamente universais quanto à natureza humana. Em vista disso, propõe uma abordagem histórica da subjetividade: compreender o sujeito a partir de determinadas relações históricas de discursos de saber e de relações de poder que constituem específicos modos de subjetivação (formas e práticas sociais de construção e percepção do sujeito).

Sobre a questão da constituição do sujeito, é possível traçar duas dimensões de modos de subjetivação em Foucault. Em uma primeira definição, os modos de subjetivação aparecem como formas de objetivação do sujeito (ou de sujeição): disposições nas quais o sujeito é

tomado como objeto de uma determinada relação de conhecimento e de poder (Castro, 2009, p.408).[14] Em um segundo sentido, presente, sobretudo, nos trabalhos denominados de leitura ética das práticas de si, modos de subjetivação se relacionam às maneiras pelas quais o ser humano, com certo grau de autonomia, se constituiu como sujeito, não somente como objeto e produto das redes de poder-saber (Gros, 2006, p.637).[15]

Se, como colocado, as relações de poder não se impõem de forma onipotente e homogênea é porque o "traço distintivo do poder é que alguns homens podem mais ou menos determinar inteiramente a conduta de outros homens – *mas nunca de maneira exaustiva ou coercitiva*" (Foucault, 2006k, p.384, grifos meus). Ou seja, como relações de poder que se exercem em redes, abrem-se espaços para possibilidades de resistências, de recusas (idem, 1995, p.232). Daí a reciprocidade ontológica entre estratégias de poder e táticas de resistência: as relações de poder "só podem existir em função de uma multiplicidade de pontos de resistência: estes desempenham, nas relações de poder, o papel de adversário, de alvo, de apoio, de saliência onde se agarrar" (idem, 1985, p.91). Consequentemente, toda resistência é contraponto estratégico de forças, é resistência política (idem, 1995, p.258; 2016f, p.360; 2019, p.79).

O caráter múltiplo da resistência também é assinalado por Foucault. São insurreições dos sujeitos – não apenas de um "Sujeito" da

14 Nessa ótica, *Vigiar e punir* (1987) descreve como, na França da primeira metade do século XIX, a prisão e as práticas carcerárias, em articulação com o discurso da criminologia, constituem o sujeito como delinquente. Já *História da sexualidade I: a vontade de saber* (1985) delineia os discursos científicos e morais da Europa Ocidental do século XIX que, implicados em práticas correlatas, concebem o sujeito de sexualidade.

15 Nessa acepção, o segundo e o terceiro volumes de *História da sexualidade* (2014b; 2014c) analisam como, na Antiguidade, graças a certas práticas, se constituíram sujeitos morais de sexualidade. Do mesmo modo, o curso de 1981-1982, *A hermenêutica do sujeito* (2006b), examina as técnicas de si por meio das quais o sujeito subjetivava (escutava, meditava, interiorizava e colocava em prática) uma verdade, em vez de, em passiva obediência, submeter-se a um discurso externo.

história, teoricamente constituído como único (idem, 2019, p.36). São resistências no plural, prenhes de possibilidades de criação e transformação (idem, 1985, p.91-2). Trata-se de inúmeros casos singulares, muitos espontâneos e inverossímeis; outros, selvagens, com a coragem do corpo, da linguagem e da vida que se posicionam na linha de frente da batalha, a despeito dos riscos – tal como o pequeno Béasse – o menino de 13 anos que Foucault (1987, p.254-5) destaca do jornalismo policial de 1840 –, que, ao ser condenado a dois anos de correção por vadiagem, colocou-se insolentemente em ataque ao juiz, desarticulando a finalidade proposta da própria sentença.

Nas resistências às estratégias de poder-saber, Foucault (2004b, p.80) ainda compreende a insurgência como um fato histórico por meio do qual "a subjetividade (não a dos grandes homens, mas a de qualquer um) se introduz na história e lhe dá seu alento". Nesse sentido, Senellart (2008, p.511) interpreta a noção de sujeito em Foucault não apenas como o indivíduo assujeitado, mas também como a "singularidade que se afirma na resistência ao poder". Daí uma posição política do próprio Foucault (2004b, p.81): "ser respeitoso quando uma singularidade se insurge".

Em síntese, a analítica do poder de Foucault (1995, p.248-9; 2013a, p.21) implica em uma problematização das práticas, tecnologias e estratégias das relações de poder que influem nas ações possíveis dos corpos, engendram domínios e discursos de saber e que, articulados, participam nos processos de constituição dos sujeitos (que podem também resistir e se insurgir a essas disposições de poder-saber-sujeição).

Por fim, a referência aos trabalhos de Foucault possibilita-me realizar uma análise das relações atuais de poder-saber-sujeição/subjetivação presentes em uma tecnologia da medicina psiquiátrica – os psicofármacos –, investigando *como,* de fato, tais relações acontecem e se realizam sobre os corpos humanos.[16]

16 Nesse sentido, no Capítulo 1, descrevo as análises realizadas por Foucault a respeito das economias de poder na modernidade. Já nos capítulos 3 e 4, lanço mão, na argumentação, de algumas atualizações de noções foucaultianas realizadas,

O delineamento da pesquisa e os procedimentos metodológicos

"Hoje, mais e mais problemas são definidos em termos de sofrimento psíquico, e suas soluções são propostas em termos de saúde mental", diagnostica o sociólogo francês Alain Ehrenberg (2004, p.151). Por conseguinte, os discursos, as noções e as práticas psiquiátricas estão, no presente, em proeminência, naturalizados e generalizados nas mais distintas esferas sociais (no trabalho, na escola, no ambiente familiar, entre outras). Alguns recortes do noticiário cotidiano retratam essa presença trivializada das categorias psiquiátricas: "Depressão é a maior causa de incapacitação no mundo" (*Folha de S.Paulo*, 30 mar. 2017), "Brasil é o país mais deprimido da América Latina" (*O Globo*, 24 fev. 2017), "Brasil é o país mais ansioso do mundo segundo a OMS" (*Exame*, 5 jun. 2019).

Em tal cenário de expansão de casos de transtornos mentais, os psicofármacos se consolidam como a principal tecnologia terapêutica da psiquiatria neurobiológica extra-asilar (Azize, 2008b, p.15; Caponi, 2009a, p.138; Corbanezi, 2015, p.146; Rose, 2017, p.227). Em relatório de 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001, p.XVI) já recomendava, aos Estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU), a disponibilização pública de psicofármacos, considerando-os medicamentos essenciais para o cuidado em saúde. Nesse contexto, "a comercialização e a utilização de psicotrópicos atingiram [...] um crescimento exponencial, de forma que este se transformou em uma das novas mercadorias mais valorizadas no mundo contemporâneo" (Birman, 2014, p.27). Assim, títulos de outras reportagens também não devem causar espanto:

---

em especial, por Paul Preciado (2018a) em relação à ideia de farmacopoder; por Nikolas Rose (2003; 2013) sobre biopolítica molecular e *self* neuroquímico; e por Pierre Dardot e Christian Laval (2016) a respeito do neoliberalismo como sistema normativo da existência baseado na concorrência interindividual generalizada e na forma empresa como modelo de governo da vida dos outros e de si. Nos rastros de Rabinow e Rose (2006, p.29), defendo também, neste trabalho, a atualidade do valor heurístico do quadro analítico foucaultiano.

"Venda de calmante dispara no Brasil" (*Folha de S.Paulo*, 16 jan. 2011), "Brasileiros gastaram mais de R$ 290 milhões na compra de calmantes entre 2007 e 2010" (*Zero Hora*, 20 jan. 2012), "Consumo de antidepressivos cresce 74% em seis anos no Brasil" (*Veja Saúde*, 6 jul. 2017).

Neste estudo, não procuro, como objetivo principal, questionar a cientificidade ou a função terapêutica dos psicofármacos, mas sim problematizar os efeitos políticos e subjetivos que podem ser desdobrados do discurso da psiquiatria neurobiológica contemporânea a respeito desses medicamentos.[17] A questão deste trabalho passa pela concepção dos psicofármacos enquanto dispositivo. Em entrevista de 1977, Foucault (2016g, p.364) compreendia um dispositivo como:

> [...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.

A utilização desse recurso metodológico me permite articular o problema da pesquisa numa grade específica de análise que engloba instâncias de poder, de saber e de sujeição. Considero os psicofármacos como dispositivo histórico e singular, uma rede polimorfa de práticas peculiares de poder e de modos de constituição de sujeitos que decorrem dos efeitos discursivos de um saber. Dispositivo como uma ferramenta de método que me possibilita circunscrever a dimensão positiva e produtiva das relações de poder que atravessam os psicofármacos: na constituição de novos objetos de saber, na formação de novas formas de controle das condutas, na potencialização

17 Parafraseando Rose (2017, p.227), a psiquiatria é uma prática heterogênea, moldada por diferentes formas de pensar e de intervir. Assim, neste trabalho, trato apenas de uma vertente atualmente prevalente: a psiquiatria de perspectiva neurobiológica (Rose, 2013; Freitas; Amarante, 2017).

de desempenhos corporais e de funções subjetivas. Como dispositivo, os psicofármacos contemplam ainda uma rede de inúmeras interações discursivas e não discursivas entre profissionais médicos, pacientes-consumidores, indústrias farmacêuticas, laboratórios biotecnológicos e políticas públicas.

Para traçar as singularidades políticas e subjetivas – um dos objetivos de uma genealogia de inspiração foucaultiana (Foucault, 2016a, p.55) – dos psicofármacos, realizo uma pesquisa de caráter qualitativo em fontes bibliográficas e fílmicas. A fim de delinear as especificidades do atual dispositivo psicofármacos, apresento então um jogo de contrastes, uma comparação entre as relações de poder-saber-sujeição que atravessam a psiquiatria em dois intervalos históricos distintos.

No primeiro período, que abordo no capítulo inicial, trato da constituição e consolidação da psiquiatria na França do século XIX a partir de uma revisão bibliográfica dos cursos de Foucault *O poder psiquiátrico* (2006a) e *Os anormais* (2010a), do seu livro *História da loucura* (2012) e de outros ditos e escritos de seu período genealógico (1999a; 2006c; 2006d; 2006e; 2006f; 2006g; 2006h; 2010b; 2016a; 2016b; 2016e). Desse recorte, destaco a medicalização das práticas e saberes psiquiátricos, a expansão da psiquiatria sobre domínios não estritamente patológicos e, em especial, o uso asilar de substâncias químicas com algum efeito psicoativo (que denomino de "protopsicofármacos").

Antes de tratar especificamente do uso de medicamentos psiquiátricos na atualidade, apresento, no segundo capítulo, um levantamento da bibliografia nas ciências sociais brasileiras sobre a atuação contemporânea da psiquiatria em suas dimensões neurobiológica, extra-asilar e no período pós-Reforma Psiquiátrica de 2001.[18] Ao longo desse capítulo, descrevo algumas das tendências

18 A implementação da Reforma Psiquiátrica em todo Brasil data de abril de 2001, com a aprovação da Lei Federal n. 10.216 (Fonte, 2013). Marco legal da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001), essa lei foi resultado, em parte, das lutas antimanicomiais travadas nas duas décadas anteriores por doentes e seus familiares em conjunto com trabalhadores da saúde (Amarante, 1998). Tal legislação se

nesses estudos sobre o tema e procuro elencar possíveis pontos a ser rediscutidos (em especial, no tocante às funções político-subjetivas que se entrelaçam aos psicofármacos).

No terceiro capítulo, busco examinar, em um exercício de acontecimentalização e desmultiplicação causal (Foucault, 1990, p.13-8; 2003, p.339),[19] certos processos que, em conjunto, constituíram a aceitabilidade e a naturalização dos psicofármacos como a principal peça terapêutica da psiquiatria neurobiológica atual.[20] Naturalidade demonstrada na própria descrição da atuação clínica de um psiquiatra: "A maioria dos clientes que atendo recebe alguma prescrição de psicofármacos" (Heckert, 2017, p.7).

Numa reflexão amparada também em revisão bibliográfica, analiso os seguintes episódios que colocaram os psicofármacos em evidência: a) a especificação e o início da produção industrial dessa classe de medicamentos nos anos 1950-1960; b) o desenvolvimento das neurociências nos anos 1960 a partir do uso dos psicofármacos e a incorporação dessas pesquisas na psiquiatria e na indústria farmacêutica; c) os movimentos antipsiquiátricos dos anos 1960-1970;[21] d) a consolidação da psiquiatria neurobiológica com a publicação

---

tornou a referência da política nacional de saúde mental, consolidando a reorientação da prática psiquiátrica no país por meio do fechamento progressivo de manicômios, da implantação de serviços substitutivos ambulatoriais aos doentes mentais (como os Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS) e da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica à saúde.

19 Por meio desse neologismo ("acontecimentalização"), Foucault (1990; 2003) faz referência a um modelo não totalizante de análise histórica que procura descrever como tecnologia de poder-saber-sujeição tornada evidente e naturalizada (Castro, 2009, p.26). Como uma das ferramentas desse modelo analítico, a desmultiplicação causal implica em localizar múltiplos processos causais (rompendo com a atribuição de uma causalidade única e homogênea), as conexões, os processos, os bloqueios, as estratégias que constituíram – em dado momento histórico – a naturalidade e o destaque de um dispositivo específico.

20 Tal aspecto não foi abordado nos trabalhos analisados no segundo capítulo, residindo aqui uma primeira pequena contribuição deste trabalho a esse campo de estudo.

21 Movimentos organizados de familiares, doentes e profissionais de saúde que despontaram na Europa e nos Estados Unidos nos anos 1960 colocando em questão o poder médico dentro das instituições psiquiátricas, a existência

em 1980 da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) e sua operacionalização da noção de transtorno mental (enquanto concepção mais abrangente e menos específica que a de doença mental); e) a emergência de uma nova geração de psicofármacos no final dos anos 1980 e início dos 1990: os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS).

Cada um desses eventos foi selecionado por constituírem um pequeno acontecimento, "uma relação de forças que se inverte" (Foucault, 2016a, p.73) na psiquiatria da segunda metade do século XX: a emergência dos psicofármacos como terapêutica extra-hospitalar em avesso ao tratamento manicomial (Rose, 2003, p.50; Siqueira, 2009, p.49); a entrada em cena, na psiquiatria, de uma nova dimensão de organismo, o corpo molecular em detrimento de um corpo molar (Rose, 2011, p.14; 2013, p.26); [22] as lutas antipsiquiátricas em oposição às práticas asilares (Bezerra Jr., 2010, p.120); a consolidação da psiquiatria neurobiológica sindrômica no DSM-III com o declínio associado da psiquiatria de viés psicanalítico (Ehrenberg, 2004, p.144); o crescimento expansivo do consumo de medicamentos psíquicos com o surgimento dos ISRS, distintos em relação aos psicofármacos anteriores por acarretarem menores efeitos colaterais e por possuírem indicações terapêuticas para inúmeros transtornos (Sadock; Sadock, 2013, p.225; Stahl, 2014, p.406).

Ao longo do terceiro capítulo, descrevo também como, nesse percurso que levou à naturalização dos psicofármacos, se desenvolveu um âmbito psiquiátrico de farmacopoder e se constituiu uma nova interface *neuro*molecular da biopolítica psiquiátrica (que se realiza nos atuais processos de medicalização do social). Nova

---

do manicômio e o próprio estatuto de doença mental atribuído a inúmeros comportamentos.

22 Rose utiliza o termo corpo molar para se referir ao corpo anatomofisiológico (os órgãos e suas funções) que emerge no surgimento da clínica médica moderna entre fins do século XVIII e começo do XIX (FOUCAULT, 1977); já a expressão corpo molecular é por ele mobilizada para aludir à compreensão da vida humana em termos moleculares (como códigos de sequência genética, propriedades funcionais de proteínas, canais iônicos intracelulares etc.) que vêm à tona com a biomedicina do final do século XX.

dimensão de uma biopolítica psiquiátrica que continua a hibridizar o caráter biológico e social dos seres humanos e a fundamentar intervenções sobre a existência individual e coletiva em razão do viver mais e melhor (Rabinow; Rose, 2006, p.53).

Por fim, no quarto capítulo, exponho e discuto – sustentando-me também na reflexão teórico-sociológica específica sobre os psicofármacos (Le Breton, 2003; Saint-Hilaire, 2009; Ehrenberg, 2004; 2010; Rose, 2003; 2011; 2013; 2016; 2017) – os resultados referentes à análise dos conteúdos dos discursos contemporâneos sobre a utilização dessa classe de medicamentos (em particular, do Prozac).

Por que realizo a especificação do Prozac?[23] Desde a sua entrada no mercado em 1987, a fluoxetina se tornou o antidepressivo mais receitado no planeta (Sadock, 2007, p.1164). Mesmo não sendo de livre acesso nas drogarias, pois somente pode ser vendido com prescrição médica e retenção do receituário pelo farmacêutico, esse medicamento tem se posicionado na lista dos medicamentos mais vendidos e consumidos no Brasil nos últimos anos (Correr, 2018). Além do consumo mediante compras em drogarias e farmácias, o cloridato de fluoxetina também faz parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), sendo disponibilizado gratuitamente pelas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2019). E mais, o Prozac adentrou na cultura *pop*: fez, por exemplo, uma ponta em uma piada num filme de Woody Allen, *Um misterioso assassinato em Manhattan* (1993) – "Não há nada errado com você que não possa ser curado com um pouco de Prozac e um taco de polo!". Dessa forma, pressuponho que a problematização dessa

23 O psicofármaco Prozac (nome fantasia do composto químico cloridato de fluoxetina, um medicamento psiquiátrico de nova geração que inaugurou a classe dos ISRS) possui como principal mecanismo de ação (através de uma intervenção bioquímica mais seletiva em neurotransmissores específicos) a elevação dos níveis de serotonina no cérebro, o que permitiria, como alegado pela psiquiatria neurobiológica, uma melhora nos sintomas depressivos. Além de indicado para os transtornos depressivos, é prescrito ainda para uma gama de outros transtornos (no tratamento de ansiedades, bulimia nervosa, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno disfórico pré-menstrual) (Prozac, 2016).

tecnologia psiquiátrica socialmente capilarizada possa me permitir rastrear as características, mais disseminadas e expressivas, da racionalidade de biopoder e de governo das condutas presentes no dispositivo psicofármacos.

Para delimitar o discurso da psiquiatria neurobiológica sobre os psicofármacos, procurei me fundamentar nas indicações de Deleuze (2017, p.20-2) sobre o método de formação de um *corpus* documental em Foucault: partir da identificação de focos de poder que produzem enunciados, organizam proposições e colocam discursos em circulação em determinado período histórico.

Nesse sentido, como unidades de análise numa investigação exploratória inicial, em um primeiro momento circunscrevi (sem pretensão totalizante) manuais de psiquiatria e psicofarmacologia presentes na bibliografia de disciplinas de instituições de formação médica (enquanto polos de poder que produzem e reproduzem discursos científicos sobre psicofármacos)[24] – *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (Sadock, 2007), *Condutas em psiquiatria: consulta rápida* (Cordás; Moreno, 2008), *Manual de psicofarmacologia clínica* (Schatzberg, 2009), *Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock* (Sadock; Sadock, 2013), *Casos clínicos em psiquiatria* (Toy, 2014). Abordei também o *Caderno de Atenção Básica n. 34 – Saúde Mental* (Brasil, 2013), manual de orientação normativa do Ministério da Saúde para a clínica pública de atenção básica em todo o país. Por fim, ative-me ainda às duas principais publicações (voltadas para questões cotidianas da clínica psiquiátrica) da Associação Brasileira de Psiquiatria (entidade política que visa representar os médicos psiquiatras do país

24 Por exemplo, nos cursos de medicina da Universidade de São Paulo (disponível em: <https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=RCG0628&codcur=17050&codhab=0>, acesso em: 6 jun. 2020), da Universidade Federal de Santa Maria (disponível em: <http://w3.ufsm.br/prograd/images/ppc/medicina/NPS1009BIB.pdf>, acesso em: 6 jun. 2020), da Universidade Federal de Juiz de Fora (disponível em: <http://www.ufjf.br/medicinagv/files/2018/01/PPC-Medicina.pdf>, acesso em: 6 jun. 2020), entre outros estabelecimentos de educação de futuros médicos.

e promover atualização profissional dessa categoria): *Debates em Psiquiatria* e *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

Todavia, à medida que avançava nas análises dos conteúdos desses materiais, observava que as informações neles contidas se referiam mais a questões fármaco-médicas sobre os psicofármacos: funções e ações de cada substância, efeitos colaterais, farmacocinética e farmacodinâmica de cada medicamento mencionado.[25] Contudo, outra possibilidade de abordagem do material, talvez mais profícua, descortinava-se: as experiências retratadas na exposição e discussão de casos.

Os casos apresentados nos manuais e nos periódicos selecionados me permitiram ter acesso às formas como o discurso psiquiátrico prevalente foi apropriado clinicamente pelos profissionais médicos, bem como me aproximar das intencionalidades atribuídas pela própria prática médica ao uso de psicofármacos. Ao descreverem os medicamentos psiquiátricos e seus efeitos circulando em relações sociais (médico-paciente, paciente-família, paciente-trabalho etc.), os casos psiquiátricos me possibilitaram analisar como uma utilização medicamente prescrita[26] desses fármacos (em especial, como já referi, do Prozac) se realizava como dispositivo biopolítico *neuro*-molecular de governo de condutas, como tática de uma estratégia de governamentalidade neoliberal.

Definido os casos como unidades de investigação desse momento da pesquisa, debrucei-me sobre *Ouvindo o Prozac* (1994) como principal documento para análise. Trata-se do *best-seller* do psiquiatra

25 Em linhas gerais, farmacocinética descreve o que o organismo faz com o medicamento (absorção, distribuição, metabolismo e excreção); já farmacodinâmica descreve o que o medicamento faz ao organismo (os efeitos do medicamento sobre células do cérebro e de outras partes do corpo) (Sadock; Sadock; 2013, p.23).

26 E não apenas no uso autônomo ou não receitado de medicamentos psiquiátricos para fins, por exemplo, de performance e aprimoramento, como analisado em alguns trabalhos (Coelho, 2016; Maia, 2017) que abordo na revisão bibliográfica apresentada no segundo capítulo e nas reflexões sociológicas (Le Breton, 2003; Saint-Hilaire, 2009; Ehrenberg, 2010) sobre os psicofármacos que trago no quarto capítulo.

estadunidense e professor da Brown Medical School, Peter Kramer, no qual narra experiências bem-sucedidas com cerca de uma dúzia de pacientes que fizeram uso do medicamento. Lançado nos Estados Unidos em 1993, *Ouvindo o Prozac* foi um dos primeiros trabalhos a discutir a então nova classe de antidepressivos ISRS e se tornou notório por defender a ideia de uma "psicofarmacologia cosmética" com o advento da fluoxetina.

De maneira sucinta, Kramer (1994, p.15) argumenta que esses novos medicamentos psiquiátricos poderiam, além de aliviar os sintomas depressivos, maquiar nossos humores e personalidade, tornando nos "melhores do que nunca": com mais energia, maior autoestima, menor irritabilidade e com melhor desenvoltura nas relações interpessoais e profissionais. Se a psiquiatria estadunidense se tornou mundialmente prevalente com a consolidação da psiquiatria biológica no DSM-III, interpelar o livro de Kramer, representante da psiquiatria neurobiológica e apologista ao Prozac,[27] possibilitou-me penetrar em parte do âmago dessa tecnologia de poder-saber-sujeição.

Ao delinear os casos como principal forma de abordagem do dispositivo psicofármacos, alguns esclarecimentos sobre como os compreendo em termos metodológicos são necessários. Discutindo, entre outros pontos, como Foucault abordou certos números de casos em seus trabalhos, Judith Revel (2004, p.74-5) expõe inicialmente que essa noção é utilizada tanto no vocabulário corrente como na prática científica para designar um fato individualizado que, todavia, carrega uma espécie de regra geral ou modelo exemplar generalizável (por exemplo, quando se menciona um caso jurídico ou um caso psiquiátrico). Contudo, para Revel (p.75-6), o uso por Foucault – trazendo os exemplos de Herculine Barbin (Foucault, 1982), Raymond Roussel (idem, 1999c) e Pierre Rivière (idem, 2013b) – é, em certo grau, distinto: caso seria o que escapa dos quadros interpretativos, o

27 Considerado como representante dessa corrente da psiquiatria, o autor toma o cuidado de informar que nunca recebeu nenhum patrocínio ou teve vínculo com algum laboratório farmacêutico (Kramer, 1994, p.370).

que se impõe como singularidade total, não passível de identificação ou classificação discursivas.

Realizando um ligeiro deslocamento em relação à Revel, argumento que, em Foucault, pode-se notar os dois modos de operacionalização de casos. Na forma de exemplos paradigmáticos de modulações de poder-saber-sujeição, podem ser assinaladas as menções de Foucault ao suplício de Robert Damiens em meados de século XVIII (Foucault, 1987) e as referências à psiquiatrização dos atos de Henriette Cornier (idem, 2010a) e Charles Jouy (idem, 1985; 2010a) no século XIX (apresentadas no primeiro capítulo). Nessa primeira acepção, abordo os casos psiquiátricos trazidos pelos periódicos, manuais e pela obra de Kramer como experiências bem-sucedidas das implicações político-subjetivas presentes no uso dos psicofármacos.

Já como singularidades únicas e um tanto quanto irredutíveis, como defende Revel em relação ao uso de casos em Foucault, a filósofa menciona os casos literários (como Roussel e Sade) e o que podemos denominar, talvez anacronicamente, de casos de escrita de si (Barbin e Rivière). Nessa denotação, acrescento ainda as alusões de Foucault ao pequeno Béasse de 13 anos (Foucault, 1987) – aqui já citado – e as referências às vidas infames (soldados desertores, sodomitas, pequenos hereges, entre outros) que tombaram em razão das *lettres de cachet*, as cartas reais, muitas vezes respondendo às solicitações populares, que ordenavam, sem julgamentos, a prisão ou desterro de uma pessoa (idem, 2006j). Nessa perspectiva, como delineio em seguida, abordo uma experiência de resistência ao dispositivo psicofármacos, em particular, e à própria psiquiatria, de forma geral.

Enfim, todas essas unidades de análise delimitadas são tomadas como partes do discurso de saber da psiquiatria neurobiológica contemporânea sobre os psicofármacos: um conjunto materializado de enunciados sobre um mesmo objeto, que utilizam conceitos em comum e se encontram no interior de uma mesma teoria específica (idem, 2008c, p.122). Tal discurso psiquiátrico se cristaliza em instituições, orientam o comportamento dos indivíduos e funcionam como grade de percepção e compreensão do real (idem, 2003, p.345).

Dessa forma, diante dos conteúdos desse *corpus* documental sobre psicofármacos, imbricados de forma imanente a relações de poder (Deleuze, 2020a, p.11), examino:

a) Como, no conteúdo desse discurso, delineiam-se ações de poder-sujeição e de governo de condutas – no sentido de "estruturar o eventual campo de ação dos outros" (Foucault, 1995, p.244).
b) Como, na contemporaneidade, esse conjunto de enunciados sobre os psicofármacos se integra, como parte de um dispositivo tático, a uma estratégia de racionalidade neoliberal de governo das condutas, na qual os indivíduos são mobilizados a atuarem sobre si, no interior de um contexto de concorrência individual generalizada, em nome da potencialização de seu capital humano (idem, 2008b; Dardot; Laval, 2016).

Por fim, se "todo dispositivo de saber-poder é um mecanismo de assujeitamento, mas ao mesmo tempo abre a possibilidade da resistência" (Ortega, 2008, p.499), ainda no Capítulo 4 analiso alguns contornos e indícios de possibilidades de resistência e de oposição à psiquiatria extra-asilar e à utilização dos psicofármacos, aspecto ausente na atual produção sociológica sobre esse tema (conforme destaco no segundo capítulo).

Para tanto, examino o conteúdo audiovisual do documentário *Estamira* (2006). A despeito de todos os procedimentos de poder envolvidos na produção do filme documental – como a perspectiva e o enquadramento de câmera do diretor (Nichols, 2008), o trabalho de cortes, seleção e montagem das cenas na edição (Bazin, 1983), a produção de uma impressão de veracidade no que é reproduzido (Nichols, 2008) – esse filme foi selecionado visto que, ainda assim, proporciona oportunidades de circulação das falas e ditos de um sujeito subjugado pela psiquiatria.

Nesse sentido, com base na concepção de genealogia de Foucault (1999ª, p.82), "ser o discurso daqueles que não têm a glória, ou daqueles que a perderam e se encontram agora, por uns tempos talvez, mas por muito tempo decerto, na obscuridade e no silêncio", abordo

esse filme como um documentário de inspiração genealógica já que possibilita a emergência e a veiculação dos discursos sujeitados, dos focos de resistências (Deleuze, 2017, p.21) que se sublevam contra certas disposições de poder-saber-sujeição da psiquiatria.

Libertando, de certa maneira, os sujeitos psiquiatrizados do "monólogo da razão *sobre* a loucura" (Foucault, 2006d, p.153, grifo do autor), esse documentário me permite analisar uma das singularidades das constelações de resistências à psiquiatria contemporânea e, em especial, aos psicofármacos. Assim, abordo *Estamira* como a veiculação audiovisual de um caso – nessa segunda acepção, como particularidade um tanto quanto irredutível às malhas de poder-saber, que afirma uma existência no contrafluxo dos processos de classificação (Revel, 2004, p.75) –, procurando descrever o que pode existir, na experiência heterotópica (Foucault, 2013c) de *Estamira*, como horizonte comum para outras possibilidades de resistência (Revel, 2004, p.80).

Em suma, a circunscrição de todo esse material me possibilita realizar uma análise empiricamente modesta e atenta às peculiaridades (Rabinow; Rose, 2006, p.39; Rose, 2015, p.652) das características de poder-saber-sujeição e de resistência envoltas no atual dispositivo psicofármacos no contexto contemporâneo de medicalização psiquiátrica do social.[28]

---

28 Em cada capítulo, sempre que julguei necessário, detalhei também os procedimentos metodológicos adotados nos diferentes momentos da pesquisa.

1
Formação e consolidação da psiquiatria: da libertação das correntes dos corpos loucos ao agrilhoamento médico-asilar dos doentes mentais e à caça aos anormais

Desde o momento em que é de fato uma sociedade da norma está se constituindo, a medicina, na medida em que ela é a ciência por excelência do normal e do patológico, será a ciência régia.[1]

(Foucault, 2001, p.76, tradução minha)

Medicalização e psiquiatrização do social: estratégias de governo disciplinar e biopolítico

Neste primeiro capítulo, a partir das denominadas análises genealógicas de Foucault sobre a psiquiatria, descrevo como essa ciência se constituiu na Europa (em especial, na França) em fins do século XVIII e ao longo do XIX. Explicito também quais foram os principais instrumentos de poder-saber operacionalizados pela psiquiatria (dentre os quais, as substâncias com efeitos psíquicos, que denomino aqui de "protopsicofármacos") e que exerceram funções políticas de governo e normalização no interior dos asilos

---

1 *"Du moment que c'est bien une société de la norme qui est en train de se constituer, la médecine, en tant qu'elle est la science par excellence du normal et du pathologique, va être la science reine."*

psiquiátricos. Como na perspectiva analítica de Foucault não se assume uma essência humana *a priori* (Foucault, 2004c, p.237), o objetivo deste capítulo é ainda compreender os primeiros processos pelos quais fomos constituídos, pela própria psiquiatria, como sujeitos psiquiatrizáveis.

Como demonstrado por Foucault (2012), a psiquiatria não surgiu inicialmente, no final do século XVIII, como ramo do saber médico. Na realidade, ela se origina como mecanismo de proteção social dos perigos decorrentes da loucura, como prática asilar filantrópica que, conforme apresentarei, progressivamente procurou se incorporar e foi apreendida como parte da medicina. Em razão disso, como mencionado na Introdução, abordo a atuação da tecnologia psiquiátrica a partir do processo de medicalização do social que, ao compreender – ainda no início do século XIX – a ação desse saber como parte da ciência médica, legitimou e consolidou as intervenções psiquiátricas sobre os corpos insanos e sobre múltiplos âmbitos do social.

Como trato o processo de medicalização do social que emerge desde o século XVIII como uma das estratégias do biopoder, apresento, de saída, algumas considerações sobre as análises de Foucault referentes aos sistemas de poder na modernidade.

Analítica foucaultiana do poder na modernidade

Emergência e consolidação do biopoder (disciplina e biopolítica)

Na Europa Ocidental entre fins do século XVII e meados do XIX, Foucault constata uma reconfiguração nas estratégias gerais de poder. Predominava, outrora, uma lógica de poder que denomina de soberania, datada da Idade Média e produtora de um saber jurídico: as leis e as regras jurídicas que estabeleciam o legal e o ilegal, o permitido e o proibido. Os mecanismos de poder da soberania se exerciam de forma dissimétrica e esporádica, essencialmente, no direito do soberano sobre os súditos de "*causar* a morte ou de *deixar*

viver" (Foucault, 1985, p.148, grifos do autor). A partir do final do século XVII e início do XVIII, inicia a passagem para a prevalência do que Foucault (ibidem, p.150, grifos do autor) chama de biopoder, que, tomando como objeto o corpo e a vida do ser humano, se diferencia como "um poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte".

Como conjunto de práticas, discursos jurídicos e mecanismos de poder que se caracterizava por "decidir sobre a morte mais do que gerir a vida" (Deleuze, 1992, p.219), a soberania se distinguia, em termos gerais, por: a) sistema de governo que, a partir de um território, exercia-se sobre o "povo" (enquanto o conjunto de corpos sujeitados como súditos), os bens, a terra e seus frutos; b) instrumentos descontínuos de poder: as arrecadações de tributos de tempos em tempos, os confiscos das coisas, do tempo, dos corpos e, em última instância, da própria vida dos súditos; c) a existência de um soberano (a presença física, visível e identificável do corpo do rei) e o emprego do máximo de poder possível por esse, em especial, nos suplícios.[2]

Entretanto, em virtude do crescimento da população europeia e do início do processo de industrialização, Foucault (1999a, p.298) assinala que o sistema de governo da soberania ficara, em certos aspectos, ineficiente: "à velha mecânica do poder de soberania escapavam muitas coisas, tanto por baixo quanto por cima, no nível do detalhe e no nível da massa".

Nesse sentido, emergiu uma nova economia de poder, o biopoder, que se caracteriza por tomar, como objeto das intervenções de poder e controles de saber, o orgânico e a vital da espécie humana: o corpo individualizado e a vida da massa de sujeitos. Enquanto sistema de poder, o biopoder não se aplica exclusivamente ao governo

---

2 Como enfrentamento ritual entre o poder soberano e o corpo do condenado (como superfície de inscrição das penas), o suplício – para aqueles condenados por crime contra a autoridade real – era um espetáculo em praça pública, realizado diante dos súditos mais com a finalidade maior de funcionar como instrumento jurídico-político de coação e manifestação do poder infinito de punir do que como castigo do próprio réu (Foucault, 1987, p.45). No início de *Vigiar e punir* (1987), Foucault descreve o suplício imposto a Robert-François Damiens, acusado de atentar contra a vida do rei Luís XV em 1757: torturado, esquartejado, queimado e reduzido às cinzas.

considerado institucionalmente, nem funciona como suporte para um único bloco de poder ou grupo dominante (Rabinow; Rose, 2006, p.32). Essa noção cunhada por Foucault se refere ao funcionamento entrelaçado do saber e do poder em inúmeros âmbitos da sociedade moderna (Castro, 2009, p.327).

Dessa forma, por meio das dimensões bipolares do biopoder (a disciplina, individualizante; a biopolítica, massificante), a vida humana foi inserida em uma série de mecanismos de poder que objetivam a maximização das forças individuais e a otimização da vida coletiva. Uma transformação nos sistemas de poder: de um direito de "fazer morrer" para tecnologias que visam "fazer viver".

Desde os fins do século XVII, a primeira interface do biopoder, a anatomopolítica como sistema generalizado de poder,[3] submeteu o corpo individualizado em seus detalhes (hábitos, movimentos, comportamentos) às práticas disciplinares (como o controle do tempo, a distribuição espacial dos corpos, a vigilância hierárquica e contínua ou a vigilância panóptica[4]) no interior de instituições (a prisão, o hospício, a fábrica, a escola etc.). Sujeição disciplinar que objetivava adestrar os corpos, criando indivíduos úteis e dóceis: úteis posto que deveriam ser formados, corrigidos, receberem certas habilidades e aptidões, serem qualificados como corpos capazes ao nascente trabalho industrial; dóceis, uma vez que deveriam se tornar mais obedientes e disciplinados (idem, 1987, p.157).

---

3 Como táticas de poder, a disciplina é anterior à sua generalização moderna no biopoder. Foucault (1987, 2006a) descreve, como exemplo, algumas técnicas disciplinares anteriores à emergência do biopoder e que se ancoravam em mecanismos de soberania: as comunidades religiosas e práticas monásticas da Idade Média; as missões jesuítas de colonização na América do Sul.

4 Trata-se da referência ao panóptico, plano arquitetural de uma penitenciária modelo construído pelo jurista inglês Jeremy Bentham no final do século XVIII: a partir de uma torre central onde se localizaria um vigilante, um edifício em forma de anel, divido em pequenas celas disponíveis à vista contínua da torre central. Esse modelo seria aplicável, segundo Bentham, também às escolas, hospitais e fábricas. Na terceira parte de *Vigiar e punir* (1987), Foucault se dedica à análise desse plano de Bentham como tecnologia modelo da disciplina.

Na implementação das tecnologias disciplinares, Foucault (2010a, p.43) destaca também a elaboração de uma série de normas (modelos considerados como "ótimos") que, como instrumentos de poder, possuíam a finalidade de coerção e correção dos indivíduos e grupos nos diferentes domínios em que elas se aplicavam. A partir das normas, o olhar normalizador do exame – permitindo as condições epistêmicas para a posterior formação de saberes como a psiquiatria, a criminologia, a pedagogia – compôs um sistema exaustivo de classificação, hierarquização e segregação das diferenças individuais (os "normais" e os "anormais", os "aptos" e os "inaptos").

Tais tecnologias disciplinares constituíram o indivíduo (a identidade obrigatória de cada um) como efeito e objeto de procedimentos de saber e de mecanismos de poder. O exame, a vigilância contínua e o registro escrito, por exemplo, circunscreveram cada sujeito como elemento individualizado da massa de corpos. A sujeição individualizada dos corpos caracteriza, dessa maneira, a forma de subjetivação do sistema disciplinar: "o indivíduo não é outra coisa senão o corpo assujeitado" (idem, 2006a, p.69).

Essa assunção do corpo individual como objeto privilegiado das relações de poder foi também contemporânea à emergência do corpo anatomofisiológico da medicina clínica que se constituía entre fins do século XVIII e início do XIX (idem, 1977). Assim, a visibilidade e o exame individualizados do corpo sob os mecanismos disciplinares corresponderam, de certa forma, à transparência e à enunciabilidade, proporcionada pela dissecação dos cadáveres pelos anatomistas, dos órgãos e de suas funções, do "avesso negro do corpo" (ibidem, p.IX). Nesse sentido, pontua Foucault (1987, p.141, grifos meus): "O corpo, do qual se requer que seja dócil até em suas mínimas operações, opõe e mostra as condições de funcionamento próprias a um *organismo*. O poder disciplinar tem por correlato uma individualidade não só analítica e 'celular', mas também natural e '*orgânica*'".

Já na biopolítica, a partir do final do século XVIII, a vida (em sua multiplicidade de circunstâncias sociais) foi reduzida à dimensão biológica de espécie humana (idem, 1999a, p.289) e o conjunto de

corpos humanos, o todo vivente, foi circunscrito à noção de população enquanto objeto central e objetivo último dessa tecnologia de governo (idem, 2008a, p.28).

Dessa forma, em sua interface biopolítica, o biopoder tomou, como objeto de governo, os fenômenos biossociológicos da espécie humana como as doenças, a natalidade, a mortalidade, a higiene. Tratava-se, assim, de buscar melhorar as condições de existência de uma população, procurando aumentar a vida, visando "intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no 'como' da vida" (idem, 1999a, p.295). Nesse sentido, ao longo do século XVIII, implementou-se tecnologias biopolíticas como as campanhas médicas de inoculação e de higiene, os mecanismos de controle do sexo e de sua função reprodutiva (mirando tanto a regulação do tamanho da população como a proteção da sociedade contra ameaças hereditárias), a vigilância dos indivíduos perigosos, a caça aos vagabundos e mendigos.

Para dar conta, em nível global e na fineza dos detalhes (idem, 2006k, p.302), dos múltiplos domínios da vida, a biopolítica, por um lado, consolidou uma expansão e multiplicação das artes de governar (idem, 1990, p.3)[5]: governo da população pela economia política, governo das crianças pelos pedagogos, governo do indivíduo pela família, governo dos doentes pelo médico, governo dos ilegalismos pelo sistema carcerário. Por meio de um neologismo, Foucault (2006k, p.303) designa esse processo de desenvolvimento de inúmeras tecnologias específicas de governo e de saberes sobre a população como "governamentalidade". Por outro lado, a biopolítica levou também a uma organização e centralização estatal dos aparelhos de governo, a uma tendência de "estatização do biológico humano" (idem, 1999a, p.286) que implicou numa "governamentalização do Estado" (idem,

---

5 Emergência de inúmeras artes de governo que ocorreu a partir da generalização extrarreligiosa do poder pastoral no século XV (idem, 1990; 1995). Em vários trabalhos, Foucault (1990; 2006k; 2006l; 2008a) realiza uma genealogia do poder pastoral como paradigma de governo das condutas de todos e de cada um, bem como da apropriação e transformação dessa modalidade de governo pelo Estado moderno.

2006l, p.384), como o processo no qual o Estado passou a coordenar os governos de múltiplos aspectos micropolíticos da vida.[6]

Como discursos de saber implicados às práticas de poder, por meio da biopolítica ocorreu a formação da demografia, da estatística, da economia política e da medicina social. Discursos que se ocupavam do conjunto da população e seus fenômenos e fundamentavam procedimentos de normalização, distintos da normalização disciplinar (Foucault, 2008a, p.83), que miravam coeficientes gerais normalmente esperados sobre a população e suas secções internas (como taxas de mortalidade e de morbidade de grupos específicos, de ocupações específicas, que não colocassem em risco a vitalidade e a força produtiva de uma população).

Como tecnologias que visavam fazer viver, nessa efetivação da biopolítica ainda no século XIX, constituiu-se um governo das anomalias, das causas de "diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos econômicos" (idem, 1999a, p.290), das doenças como fatores de "morte permanente, que se introduz sorrateiramente na vida, a corrói perpetuamente, a diminui e a enfraquece" (ibidem, p.291). Consequentemente, as incapacidades biológicas diversas foram assumidas como riscos à vida, e os doentes, os sujeitos na velhice e qualquer perigo interno em relação à segurança do conjunto (loucos, degenerados, criminosos, mendigos) foram tomados como diferenças a ser governadas, rejeitadas, expulsas e, no limite, deixadas morrer.[7]

---

6 No entanto, tal característica não pode ser tomada como se a biopolítica ocorresse exclusivamente pelo poder do Estado. No curso *Em defesa da sociedade*, Foucault (1999a, p.36) já havia demarcado, em sua metodologia analítica, que o poder não deve ser tomado a partir de suas manifestações centrais e estatais, mas analisado de maneira ascendente a partir das múltiplas relações concretas de poder, dos micropoderes periféricos que, em determinados contextos, são incorporados a uma tecnologia estatal ou global de poder. Nesse sentido, reforça Nikolas Rose (2015, p.650) que, em termos de mecanismos de condução das condutas, "o Estado não era nem o ponto de partida necessário, nem o ponto final de todas essas estratégias".

7 Foucault (1985; 1999a; 2008a) também descreve como, na biopolítica, a morte continua a ser objeto e resultado de relações de poder. Enquanto taxa de

Por fim, Foucault (1985, p.53) assinala que o biopoder, como governo dos corpos e governo das populações, fora indispensável para a constituição do sistema capitalista. A disciplina moldando corpos individuais para o trabalho e a produção fabril. A biopolítica ajustando os fenômenos globais da população (taxas de natalidade, de morbidade, de mortalidade) às necessidades de acumulação de capital, ao aumento da força global de trabalho, às divisões distintas dos lucros.

Compete lembrar que nas análises de Foucault não há uma linearidade histórica de sucessão e superação de economias de poder: da soberania para disciplina até a biopolítica. Há intercalações, transformações, reconfigurações de práticas e discursos específicos de uma economia de poder no interior de outros sistemas políticos. No contexto das tecnologias biopolíticas, por exemplo, ele assinala a recaracterização e o uso inflacionado dos mecanismos de soberania e da disciplina: "A ideia de um novo governo da população torna ainda mais agudo o problema do fundamento da soberania e ainda mais aguda a necessidade de desenvolver a disciplina" (idem, 2016h, p.428).

---

mortalidade, a morte é objeto da biopolítica em razão dos riscos de diminuição da população (a morte de sujeitos produtivos que foram alvos de investimentos estatais como gastos em saúde e em educação). A morte também é resultado de uma gestão calculista da vida que, para maximizar a existência biológica de uma população, distribui "vivos em um domínio de valor e utilidade" (idem, 1985, p.157) e chega até mesmo a planejar e exigir, em um cálculo biopolítico, a morte de outros, como no mecanismo fisiocrata de gestão da carência de grãos do final do século XVIII, quando alguns iriam morrer de fome para que não ocorresse a escassez geral de cereais (idem, 2008a, p.55). Segundo Foucault (1999a, p.304), a partir de meados do século XIX, o racismo moderno (não como ideologia, mas como parte dos mecanismos de poder estatal) permitiu a esse Estado governamentalizado e enredado no biopoder realizar um corte na população entre quem deve viver e quem deve morrer (os inocentes considerados perigos biológicos em razão da purificação ou fortalecimento da raça). Racismo de Estado, em uma estratégia de governo dos vivos, que permite a reativação do direito soberano de matar, e um governo dos matáveis (o anormal, o desviante, o incorrigível, os que podem constituir riscos ao futuro da raça, da sociedade e da espécie humana).

Assim, trata-se, na modernidade, de uma tripla dimensão de poderes: a) a soberania, que toma os sujeitos como "cidadãos", detentores de direitos e deveres; b) a disciplina, que visa os corpos-subjetividades como indivíduos produtivos e obedientes, c) a biopolítica, que compreende o sujeito como números-casos de uma população em um governo dos fenômenos referentes à vida humana.

É necessário ainda sublinhar que as análises de Foucault se referem a uma sociedade de normalização e não a uma sociedade normalizada. Ou seja, a normalização diz respeito ao modo de funcionamento e a finalidade do biopoder. Ainda que tenham atingido uma extensão considerável, os procedimentos de normalização nem por isso se deram (ou se realizam atualmente) de forma absoluta, sem resistências, críticas e movimentos de luta, pontuais ou disseminados. Existiram (e sucedem-se) fugas e restos às tentativas biopolíticas de totalização da massa de sujeitos à população. Ocorreram (e ainda se desenrolam) escapes às normas disciplinares e biopolíticas: a própria norma "traça a fronteira do que lhe é exterior (a diferença com respeito a todas as diferenças), a anormalidade" (Castro, 2009, p.310). Efetivaram-se e se realizam múltiplas e heterogêneas críticas e questões ao fenômeno da governamentalidade: como não ser governado dessa ou daquela forma? (Foucault, 1990).

Neoliberalismo estadunidense e a nova face do governo biopolítico das condutas

No curso de 1979, *Nascimento da biopolítica,* Foucault (2008b) realiza uma genealogia das práticas e discursos (neo)liberais de governo – em continuidade à discussão do ano anterior, *Segurança, território, população* (2008a), no qual havia tratado da disseminação secular do poder pastoral e da governamentalização do Estado ao longo dos séculos XV ao XVIII. Em 1979, Foucault analisa a emergência do liberalismo no século XIX não como uma teoria político-econômica ou uma ideologia, mas como um regime político-discursivo de crítica interna e de autolimitação – "como não

governar demais" (ibidem, p.18) – a esse governo estatal fundado na razão de Estado.[8] Em outros termos, o liberalismo é tratado como estratégia de racionalização do exercício do governo estatal que visava à economia máxima de poder, ao Estado reduzido ao seu mínimo: maximizar os efeitos de governo do Estado, diminuindo, o quanto possível, os seus custos políticos e econômicos (idem, 2008b, p.332).

Para tanto, na governamentalidade (neo)liberal, a liberdade opera como um dos principais recursos para o governo das condutas. Liberdade não como conceito universal que se realizaria em variações quantitativas em distintos momentos históricos, mas como relação constantemente atualizada entre governantes e governados "que deixaria mais espaços brancos à liberdade" (ibidem, p.86). Assim, por meio de intervenções governamentais se dá a produção, o consumo e a limitação de uma série de liberdades (de mercado, de expressão, de propriedade etc.) a fim de criar as condições para que cada sujeito busque a realização de seus interesses individuais. Nessa arte de governo (neo)liberal, todavia, a gradual introdução de mais liberdades corresponde a um progressivo controle destas por meio de cálculos de segurança relativos aos riscos intrínsecos desse livre jogo dos interesses de cada indivíduo.

Especificamente em relação aos liberalismos do século XX, Foucault aborda as proposições da intitulada Escola de Chicago dos anos 1960-70.[9] A partir das críticas às táticas de governamentalidade do

---

8 Como preceito normativo de fortalecimento do próprio Estado por meio da ampliação das riquezas (como a produção e a circulação de mercadorias), do crescimento da saúde geral da população e da manutenção da ordem social (idem, 2008a).

9 Assinala Senellart (2008) que a análise sobre o neoliberalismo estadunidense nesse curso é a única incursão de Foucault, no âmbito do Collège de France, em questões de sua história contemporânea. Para Foucault (2008b, p.317-20), o neoliberalismo estadunidense foi o principal responsável pelas inovações, pela reversão das quedas de lucro e, em última instância, até mesmo pelo desenvolvimento do capitalismo na segunda metade do século XX. Outra interface do liberalismo do século XX investigado nesse curso concerne ao ordoliberalismo alemão dos anos 1950-60 e suas orientações referentes a uma economia de mercado governada e controlada por um quadro jurídico-institucional estatal que teria por objetivo assegurar menores distorções socioeconômicas.

Estado de bem-estar social (em especial, em relação aos aumentos dos custos econômicos e do intervencionismo dos Estados nas políticas de fundo keynesiano), esse neoliberalismo estadunidense reformulou e, principalmente, radicalizou as proposições liberais clássicas.

Nesse neoliberalismo, constitui-se uma arte biopolítica de governar as condutas na qual a racionalidade econômica de mercado e seus critérios de decisão (custos, investimentos, ofertas, demandas e lucros) se generalizam sobre domínios até então não considerados estritamente econômicos (como os comportamentos individuais cotidianos, as relações familiares, a gestão da delinquência e a política penal) (Foucault, 2008b, p.339).

Tal interface do neoliberalismo estadunidense se realiza, particularmente, nas proposições do economista Gary Becker (1930-2014) que, nos anos 1960, consolidou e popularizou a denominada teoria do capital humano. Segundo Foucault (ibidem, p.308), o capital humano corresponderia ao "conjunto de todos os fatores físicos e psicológicos que tornam uma pessoa capaz de ganhar esse ou aquele salário". Tal capital seria constituído pelos elementos inatos do sujeito (o seu arcabouço genético hereditariamente recebido) e elementos adquiridos (a instrução escolar, a formação profissional, o acesso a bens culturais, os cuidados médicos que possibilitam sua atuação física e mental em determinado nível de desempenho, a atenção e o cuidado parental na infância e até mesmo o tempo do contato físico da mãe com o sujeito quando bebê).

Deslocando-se da análise quantitativa do liberalismo clássico sobre o trabalho (como horas de atividade, tempo de exploração da mão de obra), a teoria neoliberal do capital humano realiza uma apreciação qualitativa das variáveis humanas inerentes ao trabalho (por exemplo, as habilidades, as competências, os conhecimentos que permitem a um sujeito realizar uma tarefa com determinada eficácia e eficiência). Tais capacidades e qualidades humanas (a criatividade, a motivação, a iniciativa e a flexibilidade) são concebidas, assim, como recursos econômicos que devem ser, por cada indivíduo, mantidos, recuperados, incrementados continuamente para aquisição de novos rendimentos no futuro.

Por conseguinte, toda conduta individual passa a ser analisada por um prisma de inteligibilidade econômica: como cada pessoa livremente utiliza, aplica, racionaliza os atributos de capital humano de que dispõe. Manifesta-se, assim, um modo de objetivação do sujeito no qual cada indivíduo é motivado e direcionado a se conceber, em um contexto concorrencial, como "empresário de si mesmo", como proprietário de um capital humano que lhe garante um salário (compreendido como rendimento dos investimentos desse capital). Por exemplo, questões sobre ter filhos, submeter-se a um tratamento médico, mudar de cidade seriam decididas pelo indivíduo a partir da perspectiva econômica de como tais decisões incrementariam ou depreciariam seu potencial de capital humano e de lucros futuros.

A generalização social desse modo de objetivação do sujeito como "empresário de si mesmo" – enquanto modelo das relações sociais, da relação do indivíduo consigo mesmo, com os cuidados de sua saúde, com seus familiares, com seus amigos, com seu tempo de lazer, entre outros aspectos da existência – é uma das características da racionalidade de governo neoliberal (ibidem, 2008b, p.332). O neoliberalismo em sua face estadunidense, ao pretender reduzir a totalidade da vida humana à inteligibilidade econômica do mercado concorrencial, emerge como estratégia biopolítica de governo de si e dos outros.

Medicalização do social como estratégia de biopoder

Foucault desenvolveu análises históricas a respeito da medicina na modernidade europeia, e em particular sobre a medicina psiquiátrica, em inúmeros ditos e escritos, em cursos, conferências, livros e em debates de caráter mais político.[10] Observando a cronologia na qual Foucault trouxe a público seus estudos sobre a medicina,

10 A partir de seu envolvimento, por exemplo, em movimentos micropolíticos de luta como o GIS, Grupo Informação Saúde, instituído em 1972, e o GIA,

destaco, inicialmente, uma série de conferências realizadas no Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro, em outubro de 1974, nas quais Foucault tratou da questão do papel político da medicina moderna.[11]

Na conferência *O nascimento da medicina social*, Foucault (2016b) aborda a medicina moderna que emergiu no final do século XVIII com o desenvolvimento da anatomia patológica.[12] Foucault compreende essa medicina como essencialmente social, que se incumbia, em associação com o Estado, do conjunto de corpos da sociedade (e que somente em um dos seus aspectos era individualmente centrada nas relações médico-paciente).

Para Foucault, enquanto tecnologia do corpo social, a medicina social teria passado por três etapas de formação. A primeira, na Alemanha do início do século XVIII – no contexto da construção de uma ciência do funcionamento geral do Estado (*Staatswissenschaft*), interior aos processos de governamentalização do Estado –, onde se desenvolveu uma medicina de Estado (com a normalização estatal da profissão médica e a subordinação dos médicos a uma administração central). Nos moldes de uma polícia[13] médica, a medicina de

---

Grupo de Informação sobre os Asilos, criado em 1974 (Rodrigues; Francisco, 2016, p.39).

11 Dessas seis conferências, somente três foram traduzidas e editadas no Brasil: *O nascimento da medicina social* (2016b) e *O nascimento do hospital* (2016c) foram publicadas na primeira edição da coletânea de textos de Foucault, *Microfísica do poder* (em 1979); uma terceira conferência, *Crise da medicina ou crise da antimedicina*, foi editada pela primeira vez no Brasil em 2010, na revista *Verve* (2010b).

12 Para compreensão de ruptura, em termos epistêmicos, que a medicina moderna (fundamentada na clínica, na tecnologia do hospital, na observação contínua dos sintomas, no exame físico dos órgãos e do corpo individual do doente) significa em relação à medicina clássica (medicina classificatória, não hospitalar, que visava acompanhar o desenvolvimento da doença até os momentos de crises – momentos de batalha entre a natureza e o mal mórbido – nos quais o médico podia intervir na cura, suplementando as forças da natureza), conferir a análise arqueológica de Foucault em *O nascimento da clínica* (1977).

13 "Polícia" no sentido que se dava a esse termo nos séculos XVII e XVIII: os instrumentos e mecanismos estatais pelos quais se visava assegurar a ordem, o

Estado alemã tinha por objetivo a melhoria do nível de saúde da população, considerada como força global do Estado em seus conflitos econômicos e políticos com outras nações.

Nos fins do século XVIII, uma segunda fase da medicina social se configurou na França. Nesse período, constituiu-se uma medicina de caráter urbano (com ações de esquadrinhamento e vigilância da cidade), de governo político-científico dos corpos (por meio de registros individualizantes e permanentes, de exame e revista exaustiva dos vivos e dos mortos), de controle dos elementos do meio de existência (ar, água, miasmas), por meio de medidas disciplinares de intervenção como a quarentena, a higiene pública e o internamento hospitalar.

Por fim, na Inglaterra do segundo terço do século XIX, estabeleceu-se uma medicina da força de trabalho que se ocupava dos pobres e dos operários por meio de táticas com tons autoritários de governo médico e social (por exemplo, no controle e obrigatoriedade da vacinação, na organização de registros de epidemias potencialmente perigosas à população em geral, na localização e eventual destruição de lugares insalubres). À implementação desse serviço de governo médico da população operária inglesa, Foucault assinala a ocorrência de uma série de resistências: a eclosão de pequenas insurreições populares antimédicas na segunda metade do século XIX.

Em suma, dessas três experiências da medicina social, destaca-se como a reconfiguração da medicina como tecnologia de poder-saber vinculado ao Estado tomou como objetos fenômenos não estritamente patológicos, mas toda uma série de condições sociais que podiam desde tornar os sujeitos doentes até fortalecer um Estado.

Na perspectiva da medicina social como estratégia de intervenção e governo sobre os corpos (individual e social), Foucault apresentou pela primeira vez, nessa conferência, o termo biopolítica (Rodrigues; Francisco, 2016, p.38): "Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.

---

trabalho para todos, o crescimento das riquezas e as condições gerais de saúde de sua população (enquanto uma das forças do Estado).

O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica" (Foucault, 2016b, p.144, grifos meus).

Já na conferência *O nascimento do hospital* (2016c), Foucault realiza uma análise genealógica do hospital medicalizado, como instrumento terapêutico (nova função que despontou ao final do século XVIII). Desde a Idade Média, o hospital funcionava na Europa não como instituição médica (e a medicina também não tinha o caráter hospitalar), mas como instituição de assistência aos pobres e de separação e exclusão dos doentes que representavam riscos de contágio à saúde geral da população. Hospital não como local de cura, mas como local de morredouro dos pobres doentes.

Com a consolidação da disciplina como sistema geral de poder na segunda metade do século XVIII, o hospital passou por uma reconfiguração de suas funções. Em razão da subjugação do corpo individual pelos dispositivos disciplinares (com a onerosa capacitação das habilidades e aptidões do sujeito), o indivíduo se tornou um valor para a sociedade e não se podia deixá-lo morrer.

Nessa perspectiva, a medicalização do hospital se realizou por dois processos: a) pela disciplinarização do seu espaço, com a individualização dos doentes, a vigilância dos leitos, o registro das observações sobre cada doente e seu diagnóstico, o regime alimentar de cada paciente; b) por uma transformação de poder no seu interior – se, até meados do século XVIII, quem ocupava posições de direção na organização hospitalar era o pessoal religioso, no final desse século, o médico passou a ser o principal responsável pela administração dessa instituição. Em termos gerais, com a medicalização do hospital, este se tornou, concomitantemente, espaço de cura, local de registro e de acúmulo de saber, lugar de formação clínica dos médicos.

Se a conferência anterior marca o primeiro uso do termo biopolítica, nessa apresentação Foucault salienta a possibilidade de um governo da população a partir do hospital medicalizado. Não foi apenas o indivíduo que veio à tona com a disciplinarização do hospital: com a comparação entre os registros médicos de cada unidade, puderam-se confrontar diversos hospitais de distintas regiões, proporcionando que se constatassem fenômenos patológicos comuns a

toda uma população. Desse modo, "o indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina graças à tecnologia hospitalar" (idem, 2016c, p.189).

Na última conferência publicada, *Crise da medicina ou crise da antimedicina*, Foucault (2010b) observa que uma das características fundamentais da medicina moderna foi se ocupar de aspectos que não são rigorosamente as demandas do doente e da patologia. De maneira geral, a saúde e tudo o que garante o bem-estar do indivíduo (a qualidade da água e do ar, as condições de moradia, o regime urbanístico, a higiene pessoal) se tornaram objetos de intervenção do médico enquanto autoridade, não apenas de saber, mas também social.

Do início do século XIX até meados do XX, garantir a saúde dos sujeitos representava, para o Estado, assegurar a força física da nação como capacidade de trabalho e produção e como possível força de defesa militar. No entanto, para Foucault, os anos 1940-1950 representam uma ruptura na medicina de Estado. No que concerne à reorganização estatal de políticas de saúde, o plano Beveridge[14] seria um marco simbólico da emergência dessa nova noção de saúde – "não o direito à vida, mas um direito diferente, mais rico e complexo: o direito à saúde" (ibidem, p.168). O direito individual à saúde como problema da gestão do Estado: trata-se agora de o Estado garantir não somente a vida, mas a vida em boa saúde, em função não dos interesses estatais, mas dos próprios indivíduos. Inversão dos termos: o paradigma, dos séculos XVIII e XIX, do indivíduo em boa saúde para o Estado é arrevesado pelo de Estado para o indivíduo em boa saúde.

Dessa forma, para Foucault (ibidem, p.171), um novo regime político, a somatocracia (do grego *sôma*, corpo), que vinha se constituindo desde o século XVIII, consolidou-se na segunda metade

---

14 Trata-se da proposta de reconfiguração da seguridade social inglesa, elaborada em 1942, que leva a denominação de seu autor, o economista William Beveridge. O plano Beveridge tinha como pressuposto a assistência universal dos direitos, mediante a gestão pública e estatal de serviços, financiados graças a impostos fiscais. Tal plano foi um dos documentos que fundamentaram o Estado de bem-estar social britânico após a Segunda Guerra Mundial.

do XX, quando o Estado assume claramente, como uma de suas finalidades, o governo do cuidado do indivíduo, de sua saúde corporal e das relações entre as doenças e a saúde. Em decorrência da consolidação da somotocracia, da associação entre Estado e medicina e da generalização médica sobre distintos âmbitos, constata Foucault (ibidem, p.184) nessa conferência de 1974: "Na situação atual, o diabólico é que, cada vez que se quer recorrer a um domínio exterior à medicina, descobre-se que ele já foi medicalizado".

Já em texto de 1976, *A política da saúde no século XVIII*, Foucault (2016e) introduz o termo analítico nosopolítica (do grego *nosos*, moléstia) na reflexão acerca dos processos de medicalização das sociedades ocidentais. De dimensão mais ampla que a noção de somatocracia, a concepção de nosopolítica se refere igualmente ao tema da saúde da sociedade, mas não mais exclusivamente a partir da intervenção vertical do Estado. Com esse termo, Foucault (ibidem, p.298) procura destacar, em pontos múltiplos do corpo social (como em grupos religiosos, associações beneficentes, sociedades científicas), a emergência da problemática da saúde e da doença como uma questão de responsabilidade da sociedade: "a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral".

Como característica distintiva da nosopolítica do século XVIII, Foucault (ibidem, p.301) assinala o deslocamento da assistência à saúde do "pobre necessitado" (no qual a doença era apenas um dos elementos entre outros, como a velhice, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados, a fragilidade e o risco de ameaça social) para o problema da saúde e do bem-estar físico da população em geral.

Tal deslocamento se relaciona aos efeitos biopolíticos da questão da acumulação de seres humanos por causa do elevado crescimento demográfico do Ocidente europeu no século XVIII. Desse modo, com a noção de população (com suas variáveis de longevidade, de morbidade e de mortalidade), o adensamento de corpos emergiu como objeto de mecanismos de governo: "Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão

econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade" (ibidem, p.304).

O problema geral da saúde da população – por meio do ordenamento da sociedade como meio de bem-estar e de salubridade – se inscreve também na tecnologia política de uma polícia médica. Com essa tática, a nosopolítica do final do século XVIII tomou como objetos privilegiados da medicalização: a) a família e a infância – novas regras conjugais e de relação pais-filhos (com atribuições de cuidado e de higiene e nova distribuição dos indivíduos no interior da residência), o imperativo da amamentação das crianças pelas mães, as campanhas de vacinação, os preceitos de exercícios físicos; b) alçado a um dos fatores mais decisivos no estado de saúde da população, o espaço urbano foi alvo de intervenções autoritárias da medicina – tratava-se de ordenar a localização dos diferentes bairros, o arejamento da cidade, o seu sistema de esgotos e de evacuação das águas usadas, a localização dos cemitérios; c) por fim, retomando aspectos já apresentados nas conferências de 1974, a reorganização arquitetônica, institucional e técnica do hospital como "máquina de curar", articulado com as questões de saúde do espaço urbano e com a família (constituída, então, como primeira instância da medicalização dos sujeitos).

Em resumo, com o desenvolvimento dessa nosopolítica na sociedade europeia do final do século XVIII, estabeleceu-se um governo médico-político da população, enquadrada em uma série de prescrições que se referiam não somente à doença, mas a modelos gerais de existência e de comportamento (como a alimentação, a sexualidade e a fecundidade, a forma de se vestir, a disposição do interior das casas).

Por último, no curso no Collège de France de 1975-1976, *Em defesa da sociedade*, Foucault (1999a) caracteriza a medicina como mecanismo de articulação das duas interfaces do biopoder. Se a disciplina e a biopolítica não se exercem sobre o mesmo nível da realidade (a primeira, sobre o corpo individual; a segunda, sobre os fenômenos massivos da população), tais sistemas de poder, no entanto, articulam-se. Entre outros instrumentos, por meio da tomada da sexualidade como objeto, a medicina se constituiu como

tecnologia relevante no assujeitamento do corpo e no governo da população, graças ao vínculo que estabelecia – e continua a estabelecer – entre processos vitais (populacionais) e orgânicos (corporais).

Coloca Foucault (ibidem, p.301) que a "medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e sobre a população, sobre o organismo e sobre os processos biológicos e que vai, portanto, ter efeitos disciplinares e efeitos regulamentadores". Nesse sentido, no primeiro volume de *História da sexualidade*, Foucault (1985, p.160) destaca tanto a medicalização disciplinar minuciosa do corpo histérico das mulheres como a psiquiatrização das perversões sexuais com objetivos biopolíticos de proteção do futuro da sociedade e da espécie.

Assim, se o exercício do biopoder é principalmente da ordem da normalização dos indivíduos e da população, a medicina desempenhou – e ainda cumpre – um papel fundamental na constituição e exercício desse sistema de poder. Nessa perspectiva, reforça Castro (2009, p.310) que "a sociedade da normalização é uma sociedade fundamentalmente medicalizada", uma sociedade em que a medicina (em sua função política de governo das condutas) se alastra e vai muito além da questão das enfermidades: toma como objeto comportamentos, corpos e o ambiente onde um conjunto de corpos existe.

Em outros termos, a medicalização emerge nas análises de Foucault como uma série de processos na qual, desde o século XVIII, amplia-se o campo de poder da medicina, em sua atribuição de normalização social para além dos elementos estritamente patológicos. Sobre esse aspecto político, salienta ainda Rose (2013, p.47) que a "medicina [...] tem sido central para o desenvolvimento das artes de governar; não somente as artes de governar os outros, mas também as artes de governar a si mesmos".

Todavia, é necessário sublinhar que as análises de Foucault se referem a processos de medicalização do social e não a uma sociedade já medicalizada e, por conseguinte, normalizada. Ainda que tenham atingido uma extensão considerável quanto aos fenômenos humanos e sociais abordados, os processos de medicalização do social nem por isso se deram de forma absoluta, sem resistências e críticas.

Por fim, o uso por Foucault dos vocábulos somatocracia e nosopolítica nesses ditos e escritos pode ser tomado como experimentos analíticos na construção de um conjunto de problemas que ainda se apresentavam em estado embrionário e que foram abordados, posteriormente, a partir da grade de investigação da biopolítica. Ainda que as formulações de Foucault sobre biopoder, governo da vida, estatização da medicina sejam desenvolvidas e tornadas públicas a partir de 1975-1976 (notadamente com os cursos *Em defesa da sociedade* e *Segurança, território, população*, e com a publicação de *História da sexualidade I: a vontade de saber*), pode-se depreender que tanto a somatocracia quanto a nosopolítica já se referiam a mecanismos de poder que objetivavam "fazer viver" tanto o indivíduo como a população.

Medicalização psiquiátrica e normalização do social

Ainda que Foucault apresente considerações sobre a psiquiatria em inúmeras conferências e intervenções escritas,[15] as análises de maior densidade sobre esse objeto foram realizadas, sobretudo, na obra resultado de sua tese de doutoramento, *História da loucura* (publicada em 1961), e em duas ocasiões no Collège de France com os cursos *O poder psiquiátrico* (1973-74) e *Os anormais* (1974-75).[16]

---

15 Em especial, conferir as conferências, resenhas e entrevistas publicadas, no Brasil, em *Ditos & Escritos I: Problematização do sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise* (2006c). Embora meu enfoque resida nas análises de Foucault denominadas como genealógicas, cabe ainda observar que há uma obra sobre doença mental anterior à sua tese: trata-se de *Doença mental e personalidade*, publicada em 1954, que foi revisada e republicada em 1962 com novo título, *Doença mental e psicologia*. Sobre essa obra, comenta Foucault (2006h, p.341) em uma entrevista de 1981: "*Maladie mentale et personnalité* é uma obra totalmente destacada de tudo o que escrevi depois. [...] Embora meu primeiro texto sobre a doença mental seja coerente em si, ele não o é em relação aos outros textos".

16 Importante assinalar que esses cursos se realizaram no contexto histórico dos movimentos antipsiquiátricos que se desenvolveram na segunda metade da

Antecedentes da psiquiatria: *História da loucura* e a invenção da doença mental

Em *História da loucura*, Foucault (2012) realiza uma arqueogenealogia histórica da noção moderna de doença mental, escavando os distintos estratos institucionais e discursivos a partir dos quais o sujeito foi objetivado como doente mental. Nesse trabalho, ele procura desconstruir a concepção da doença mental como o objeto natural da psiquiatria, como a verdade finalmente descoberta da loucura, demonstrando que essa noção foi uma realidade constituída no interior de práticas anteriores até mesmo à formação da própria medicina psiquiátrica.

Para Foucault (ibidem) a definição de loucura não apresenta um sentido único e apriorístico em relação às experiências sociais. Pelo contrário, remete a uma multiplicidade de percepções da loucura e da não loucura. Nesse sentido, em um prisma histórico que procura demarcar as rupturas e diferenças na compreensão da loucura, percorre três períodos: o Renascimento (séculos XV e XVI), a Idade Clássica (para Foucault, os séculos XVII e XVIII, do final do Renascimento à Revolução Francesa) e o início da modernidade (fins do século XVIII).

Estabelecida entre os limites finais da Idade Média e o princípio da Renascença, *História da Loucura* começa apontando a redução dos casos de lepra na Europa (resultado da exclusão do leproso do contato com os sãos e do fim do contágio no Oriente Médio com o término das cruzadas) e, por conseguinte, a ociosidade dos leprosários. Em um primeiro momento, ao final do século XV, os

---

década de 1960 e na década de 1970 (notadamente em torno dos psiquiatras Ronald Laing, David Cooper, Thomas Szasz e Franco Basaglia). Desse modo, tais cursos também se inserem na perspectiva de genealogia do presente que orientava os trabalhos de Foucault. Conferir, nesse sentido, o resumo do curso *O poder psiquiátrico* (2006a) e o artigo *A casa dos loucos* (2016d), nos quais Foucault diferencia os movimentos de despsiquiatrização no interior da medicina das estratégias da antipsiquiatria. Sobre a relação entre Foucault e a antipsiquiatria, pode-se conferir Branco (2012). No Capítulo 3, também trato, numa abordagem inspirada em Foucault, dessas lutas antipsiquiátricas.

doentes venéreos ocuparam os espaços dos leprosários. No entanto, no tocante aos medos seculares que suscitou e às técnicas de divisão e exclusão que acarretou, a herdeira da lepra foi, a partir da segunda metade do século XVII, a loucura.

Nesse intervalo entre os séculos XV e XVII, Foucault localiza a experiência da Renascença com a loucura. Tal experiência é representada na alegoria da *Nau dos loucos*, como reprodução imaginária da prática social de expulsar os loucos das comunidades, confiando--os a mercadores e peregrinos, embarcando-os em uma existência errante por diferentes portos e cidades. Imagem impregnada de diversos significados:

> [...] confiar o louco aos marinheiros é com certeza evitar que ele ficasse vagando indefinidamente entre os muros da cidade, é ter a certeza de que ele irá para longe, é torná-lo prisioneiro de sua própria partida. Mas a isso a água acrescenta a massa obscura de seus próprios valores: ela leva embora, mas faz mais que isso, ela purifica. [...] É para o outro mundo que parte o louco em sua barca; é do outro mundo que ele chega quando desembarca. [...] a situação *liminar* do louco no horizonte das preocupações do homem medieval – situação simbólica e realizada ao mesmo tempo pelo privilégio que se dá ao louco de ser *fechado* às *portas* da cidade: sua exclusão deve encerrá--lo; se ele não pode e não deve ter outra *prisão* que o próprio *limiar*, seguram-no no lugar da passagem. Ele é colocado no interior do exterior, e inversamente. (Ibidem, p.11-2, grifos do autor)

Entre outros sentidos, a imagem da *Nau dos loucos* simbolizava a fronteira de um novo reconhecimento da loucura, "delimitado por uma prática sem dúvida ambígua que o isola do mundo sem lhe atribuir um estatuto exatamente médico" (ibidem, p.121). Percepção distinta daquela da Idade Média, na qual a loucura, integrada à vida comunitária, oscilava entre a esfera do sagrado (como castigo divino e possibilidade de redenção) e como um dos vícios da alma humana (em companhia da luxúria, da cólera, da discórdia, da rebelião e da inconstância).

A partir da presença dessa imagem na pintura e literatura da época – como no quadro *A nave dos loucos* do artista holandês Hyeronymus Bosch (1450-1516) e no poema satírico *A nau dos insensatos* do autor germânico Sebastian Brant (1457-1521) –, Foucault depreende o sentido dado à loucura no Renascimento: uma experiência trágica diante da pequenez humana frente às ameaças do mundo e da morte, na qual os loucos eram portadores de um saber esotérico e escatológico, de um conhecimento inquietante que prenunciava o fim dos tempos.

No transcorrer do século XVI, com a filosofia humanista de Erasmo de Roterdã (1466-1536) em *Elogio da loucura* (de 1509), a loucura deixou de ser relacionada a um saber transcendental e oculto do mundo e passou a se remeter à irregularidade dos comportamentos morais do ser humano, como possibilidade aberta a qualquer sujeito: "ela nasce no coração dos homens, organiza e desorganiza sua conduta" (Foucault, 2012, p.28).

Já no século XVII uma nova percepção da loucura passou a tomar corpo. A loucura deixou de ser portadora de um saber oculto e passou a ser percebida como o outro da razão: a desrazão, a impossibilidade do pensamento. Para Foucault, as conjecturas de Descartes[17] a respeito da separação entre razão e desrazão – "Se eu penso não posso ser louco, se sou louco não posso pensar" (Machado, 2005, p.29) – articularam a experiência clássica da loucura. Diz Foucault (2012, p.45) a respeito de Descartes: "No caminho da dúvida, Descartes encontra a loucura ao lado do sonho e de todas as formas de erro".

---

17 De forma específica, na passagem em que discute a respeito da confiabilidade dos órgãos do sentido para atingir a verdade racional, coloca Descartes (1983, p.86, grifos meus): "E como poderia eu negar que estas mãos e este corpo sejam meus? A não ser, talvez, que eu me compare a esses *insensatos*, cujo cérebro está de tal modo perturbado e ofuscado pelos negros vapores da bile que constantemente asseguram que são reis quando são muito pobres; que estão vestidos de ouro e púrpura quando estão inteiramente nus; ou imaginam ser cântaros ou ter um corpo de vidro. Mas por quê? São *loucos* e eu não seria menos extravagante se me guiasse por seus exemplos".

Experimentada como o negativo da razão, a percepção clássica da loucura distinguiu e isolou inúmeras figuras da desrazão. Além dos insanos, dementes e lunáticos (ibidem, p.111), tal percepção reconheceu também como pertencentes à esfera da desrazão: a) em uma perspectiva religiosa, as feiticeiras, os blasfemadores, os adivinhos (ibidem, p.96); b) a partir de uma moral sexual, os libertinos, os doentes venéreos e os homossexuais (ibidem, p.101); c) conforme uma ética do trabalho emergente na qual a ociosidade seria condenada, os miseráveis, os bêbados, os dissipadores, os desempregados e os vagabundos (ibidem, p.55). Para esses sujeitos da desrazão, a Idade Clássica deixou de reservar o espaço imaginário da circulação da loucura presente na *Nau dos loucos* e passou a sujeitá-los, restringindo-os à categoria comum de insanos, ao silêncio da internação.

Invenção da época clássica (a fundação do Hospital Geral de Paris foi em 1656), o internamento correspondia a uma nova sensibilidade social a respeito da loucura a partir tanto de uma condenação ética dos desvios da sexualidade, do sagrado e da moral, como de uma nova percepção da pobreza como elemento de desordem social (ibidem, p.63 e p.106). Ainda não como cuidado médico, o internamento funcionava como medida correcional e repressiva, "entre a polícia e a justiça" (ibidem, p.50), requisitada tanto pelas autoridades políticas e religiosas como pelas famílias.

Nesse processo de invenção do internamento, ocorreu uma transformação do hospital: de estabelecimento de caridade para instituição de controle social e político, depositário das desordens. Dessa forma, se na Renascença a loucura portava um saber de outro mundo sobre os fins dos tempos, na Idade Clássica ela se tornou linguagem vedada, excluída dos domínios da razão: "A internação clássica enreda, com a loucura, a libertinagem de pensamento e de fala, a obstinação na impiedade ou na heterodoxia, a blasfêmia, a bruxaria, a alquimia – em suma, tudo o que caracteriza o mundo falado e interditado da desrazão; a loucura é a linguagem excluída" (idem, 2006e, p.215).

Assim, a passagem da barca dos loucos para o hospital dos loucos sintetiza a ruptura ocorrida na percepção da loucura no transcorrer

da Renascença para a Idade Clássica, na qual razão e loucura se separaram. Nessa experiência clássica, a loucura ainda não pertencia ao mundo da medicina, mas ao âmbito correcional. No entanto, o internamento realizado nesse período constitui, para Foucault (2012, p.107), "uma experiência moral do desatino que serve, no fundo, de solo para nosso conhecimento 'científico' da doença mental".

Situando-se no princípio da modernidade, Foucault descreve, por último, o processo no qual a loucura emergiu como doença mental. Entre as experiências do processo de conversão da loucura em doença mental, destacou-se o gesto do médico Philippe Pinel (1745-1826), que, no hospital de Bicêtre no ano de 1793, teria libertado os loucos das correntes em que se encontravam, em companhia das figuras heterogêneas da desrazão capturadas no grande internamento (libertinos, hereges, homossexuais etc.). Para Foucault (ibidem), o ato "libertador" de Pinel, elevado a mito fundador da história da psiquiatria, foi na realidade um novo modo de sujeição da loucura, que, deixando de ser apenas uma questão social, moral e jurídica de segregação, tornou-se também um objeto de saber científico que seria submetido à disciplina do interior do asilo medicalizado e à medicina psiquiátrica.[18]

Também na segunda metade do século XVIII, despontou um "grande medo", tal como foi o horror medieval à lepra. Esses temores mal definidos logo foram relacionados às casas de internação: "um mal muito misterioso que se espalhava, diz-se, a partir das casas de internamento e logo ameaçaria as cidades" (ibidem, p.353), "uma espécie de imagem indiferenciada da 'podridão'" (ibidem, p.354), "vapores ferventes [provenientes do interior do asilo que] elevam-se

---

18 Ressalte-se ainda que, a partir das experiências de Pinel, constituiu-se o primeiro conjunto de tratamentos psiquiátricos da loucura, conhecido usualmente como "tratamento moral". Tal denominação se deve ao fato de que Pinel considerava a loucura como uma doença do sistema moral do ser humano. A partir de tal compreensão, propôs um tratamento que incidisse sobre as características moral, intelectual e afetiva dos sujeitos (por meio de técnicas disciplinares como a correção de hábitos, o controle das paixões pela reeducação afetiva, o isolamento etc.). Nesse sentido, pode-se conferir Pereira (2004) e Swain (1981).

a seguir, espalham-se pelo ar e acabam por cair nas vizinhanças, impregnando os corpos, contaminando as almas" (ibidem, p.355).

Como forma de reação a esses temores, ocorreu a medicalização desse espaço de internação a partir do ingresso do profissional médico nas casas de internamento. Essa presença médica no interior dos asilos se realizou a partir da expectativa (advinda de seu saber científico) de proteção da saúde dos outros, não internados, do perigo confuso que emanava dos muros do internamento. Por conseguinte, foi a partir do retorno desse insólito medo (e, enfatizo, não como resultado do desenvolvimento e progresso do conhecimento médico) que ocorreu a apoteose do personagem médico na tomada da loucura como doença mental. Por meio dessa autoridade que se consolidou no interior das casas de internamento como garantia do bom funcionamento da instituição, a figura médica constituiu uma nova relação entre a alienação e o pensamento médico que iria dirigir toda a experiência moderna da loucura (ibidem, p.496).

Além de tornar o asilo um espaço exclusivamente médico (com funções de tratamento e de cura, não mais como apenas instituição de abrigo, caridade ou de controle), a experiência moderna da loucura manteve-a em silêncio, agora como objeto do saber científico da psiquiatria – caracterizada por Foucault (2006d, p.153 e p.211, grifo do autor) como "monólogo da razão *sobre* a loucura", no qual o sujeito objetificado como doente mental se encontra "despojado de todo poder e todo saber quanto à sua doença".

Enfim, encerrando *História da loucura* na análise da formação da percepção moderna da loucura, medicalizada como doença mental, Foucault "deixa-nos nos umbrais da psiquiatria, da psicologia e da psicanálise" (Castro, 2009, p.266).

Constituição d'*O poder psiquiátrico* no asilo

Se em *História da loucura* temos uma análise histórica das representações sobre a loucura, no curso de 1973-1974, *O poder psiquiátrico*, Foucault (2006a) se dedica ao estudo das práticas psiquiátricas,

empreendendo uma genealogia histórica da tecnologia psiquiátrica, na qual descreve como o poder disciplinar foi uma das condições históricas para a formação dessa ciência.

Para Jacques Lagrange (2006, p.455), *O poder psiquiátrico* apresenta um caráter paradoxal em relação à *História da loucura*: de um lado, um nexo de continuidade posto que o curso se inicia a partir do ponto de chegada dessa obra (o gesto de "libertação" dos loucos por Pinel e a emergência do asilo medicalizado); por outro, uma relação de descontinuidade em razão do deslocamento dos objetos e das ferramentas conceituais (de uma história da doença mental para uma história da medicina mental, das percepções da loucura para as práticas de poder da psiquiatria asilar).[19]

Em termos metodológicos, Foucault (2006a, p.20) realiza, nesse curso, uma investigação não das instituições psiquiátricas (em suas regras e regularidades), mas uma análise das estratégias de poder entremeadas às práticas psiquiátricas, um exame das táticas microfísicas de poder que se desenvolveram sobre corpos e sujeitos no interior do asilo. Fundamentado na noção positiva de poder (não apenas como mecanismo de exclusão ou repressão, mas como produtor de discursos e de modos de objetivação do sujeito), Foucault (ibidem, p.21) procura examinar como, a partir das próprias práticas psiquiátricas asilares, foram produzidos discursos de verdade considerados legítimos e se constituiu o sujeito psiquiatrizado.

Como uma história genealógica da psiquiatria francesa do final do século XVIII às últimas décadas do XIX, o curso pode ser delimitado cronologicamente em quatro períodos: a) as cenas inaugurais que fundaram o poder psiquiátrico no final do século XVIII, resultado de uma reconfiguração no terreno dos mecanismos de poder; b) a era da protopsiquiatria – das primeiras táticas da psiquiatria alienista, ainda se constituindo como poder-saber médico – no início

19 A respeito das diferenças de método e de objetivos entre *História da loucura* e o curso *O poder psiquiátrico*, e também sobre como Foucault retoma o problema da constituição histórica da psiquiatria no projeto analítico-metodológico de *Vigiar e punir*, pode-se conferir ainda Chaves (2017).

do século XIX; c) o período de consolidação da psiquiatria asilar e do tratamento moral (1840-1870) a partir da lei do internamento de 1838; d) o período de emergência do dispositivo neurológico no final do século XIX.

Nessa perspectiva cronológica, o curso se inicia com a análise de Foucault sobre o que ele denomina de "cenas de cura"[20] da protopsiquiatria. Diferente de *História da loucura*, que elege a "libertação" dos loucos por Pinel como gesto que fundou a psiquiatria, nesse curso Foucault seleciona outro episódio como ato inaugural dessa tecnologia: a cena de cura do monarca Jorge III, rei da Inglaterra, em 1788.[21] Tal cena corresponderia a "passagem de uma soberania que está em vias de desaparecer a um poder disciplinar que está-se constituindo" (ibidem, p.30). Como ponto de ruptura de uma lógica de poder, o médico como agente do poder disciplinar destituiu o poder soberano do rei, submetendo-o, em razão de uma terapêutica, a uma dependência total de um poder anônimo, em rede, distribuído entre diferentes pessoas e manifesto em um regulamento médico.

A partir dessa cena (junto com o internamento no asilo medicalizado e com a concepção medicalizada de doença mental, mencionados anteriormente), a loucura começou a ser assinalada, no início do século XIX, como certa insurreição de força – "crença arraigada no fato de ser o rei do mundo [...] tomar o poder na cabeça" (ibidem, p.35) – que acarretava distúrbios em relação à conduta normal, na

20 A noção de cena é utilizada por Foucault (ibidem, p.41) como instrumento analítico – com certa influência nietzschiana numa abordagem agonística – na apreciação das relações de poder: "Por cena, não entender um episódio teatral, mas um ritual, uma estratégia, uma batalha".

21 Cena descrita por Pinel e resgatada por Foucault (ibidem, p.26-32): isolado de sua família em um quarto com paredes acolchoadas (para não se ferir), o rei Jorge III se encontrava submetido a uma manipulação regrada de relações de poder enquanto prática médica. Sob ordens médicas (que regiam até o cuidado que lhe dispensavam seus pajens) e despido de todos os símbolos da majestade (cedro, coroa, manto), esperava-se que o monarca se tornasse dócil e submisso. Numa visita do seu médico, Jorge III enfrentou-o atirando-lhe suas imundices e dejetos (gesto insurrecional característico dos mais pobres dos súditos), sendo contido pelo uso da força por seus próprios servidores pessoais.

forma regular de agir, querer, sentir e experimentar as paixões. Essa cena de cura de Jorge III evidencia como as relações de poder constituíram o elemento nuclear da prática psiquiátrica; relações de poder que foram anteriores à construção das instituições e dos discursos psiquiátricos.

Frente à loucura como doença mental, a protopsiquiatria – "dos trinta ou quarenta primeiros anos do século XIX" (idem, 2016a, p.217) – começou a se inserir no domínio da medicina como especialidade autônoma ("medicina mental"). Nesse sentido, o personagem médico, como agente do poder da não loucura sobre a loucura, passou a ser o responsável administrativo por toda ordem de poder sobre o asilo. Era a partir dele que se dava, sobre os internos, a "repartição e dispersão disciplinadora do tempo, dos corpos, dos gestos, dos comportamentos" (ibidem, p.5).

Em torno do médico se constituiu também a organização de uma rede hierárquica de poder: a partir dos vigilantes, um olhar intermediário e contínuo, ainda sob a perspectiva médica, sobre os doentes; por meio dos serventes, como assistentes das necessidades dos enfermos, um olhar por baixo e cotidiano sobre os internos. Sintetiza Foucault (ibidem, p.228) que "o corpo do psiquiatra é o próprio asilo; a maquinaria do asilo e o organismo do médico, no limite, devem formar uma só e mesma coisa".

Também data do final do século XVIII e das primeiras décadas do XIX a instauração dos hospitais psiquiátricos (no contexto de organização dos dispositivos disciplinares como a escola, a prisão, a regulação da prostituição). A constituição dos hospícios, bem como a reorganização médica dos asilos e casas de internamento, justificava-se em dois fatores. O primeiro, de ordem social, dizia respeito às exigências de proteção contra a loucura e suas ameaças, que se embaralhavam aos problemas colocados por uma sociedade que passava pelo processo de urbanização e industrialização no pós-Revolução Francesa: questões como a tutela das crianças de rua, os delinquentes, os vagabundos, os pobres e os operários (idem, 2006g, p.325). O segundo fator se relacionava às necessidades do tratamento: dominar a força do louco por meio do seu isolamento, como forma

de neutralizar os poderes exteriores que poderiam se exercer sobre o enfermo (idem, 2006a, p.451).

Nesse sentido, Foucault retoma a descrição do asilo ideal realizada pelos primeiros alienistas franceses, François-Emmanuel Fodéré (1764-1835) e o já mencionado Pinel. Para ambos, no asilo deveria reinar a ordem e a calma. Por meio de uma distribuição dos sujeitos, a implementação de uma regulação permanente "que envolve os corpos, que os penetra, que os trabalha, que se aplica à superfície deles, mas que também se imprime até mesmo nos nervos" (ibidem, p.4).

Tratava-se, na realidade, da instauração de uma ordem disciplinar no asilo: uma disposição arquitetônica e espacial que permitisse a visibilidade permanente (ou pelo menos submeter o doente a um potencial olhar constante), a vigilância (pelo prédio central que possibilitava vigiar todos os pavilhões no entorno e pela hierarquia de olhares no interior do asilo por meio da rede formada entre médico, enfermeiros, vigilantes), o isolamento em cela (como suplemento adicional ao próprio internamento), a punição e os "instrumentos ortopédicos" (como as algemas, a camisa de força, as coleiras com pontas debaixo do queixo) que tinham por função a correção e o adestramento do corpo e a retificação da conduta como forma de atingir a cura (ibidem, p.132). Enfim, os mesmos princípios do panóptico de Bentham adaptados ao hospício: "o hospital é uma máquina panóptica, é como aparelho panóptico que o hospital cura" (ibidem, p.127).

Tal ordenamento disciplinar do hospital psiquiátrico se constituiu também como condição necessária para, a partir do seu funcionamento interior, a formação de um tipo de discurso de verdade. Essa regularidade prescrita no interior do hospício (certa distribuição do tempo, do espaço, do corpo e gestos dos doentes, a inspeção, o exame médico) funcionou como requisito para a fundamentação da objetividade e validade do saber psiquiátrico, então em formação. Nesse sentido, a partir das observações e anotações sobre os internos e da disposição dos cadáveres dos loucos, as práticas da protopsiquiatria produziram, nos moldes do discurso da medicina orgânica,

um discurso nosográfico de classificação das doenças mentais (com seus sintomas, elementos de diagnósticos, de evolução e de prognósticos) e o esboço de um discurso anatomopatológico da doença mental (ibidem, p.205).

Contudo, esses discursos não organizaram a prática médica no interior do asilo, visto que era a lógica disciplinar que regia a classificação dos doentes (tranquilos e agitados, obedientes e furiosos, capazes e incapazes para o trabalho, curáveis ou incuráveis, com necessidade de vigilância permanente ou não), sua distribuição nos espaços do hospício e a divisão de tarefas impostas (ibidem, p.166). Ainda assim, a partir da similitude com o discurso da medicina orgânica, esses discursos protopsiquiátricos funcionaram como estatuto de legitimação de verdade às práticas da tecnologia psiquiátrica (Lagrange, 2006, p.478).

Se a loucura passou a ser compreendida como a insurgência da força, o papel do asilo residia, então, na capacidade de governar o poder do louco, de trazer o louco de volta às condutas regulares. Nesse sentido, aponta Castel (1978, p.80) que, no tratamento moral dos primeiros alienistas, "O asilo é o lugar existencial do exercício da psiquiatria [...]. No asilo, uma pedagogia da ordem pode se desenrolar em todo o seu rigor. Nele o exercício da autoridade pode ser mais enérgico, a vigilância mais constante, a rede de coerções mais estreita. Camisa de força moral, válida como qualquer outra".

Assim, o asilo foi organizado como um lugar de enfrentamento, espaço de normalização das condutas do insano, campo de batalha entre a força da loucura contra a vontade reta do médico (como poder disciplinar encarnado). Hospício ordenado como "ortopedia mental" que deveria levar à cura a partir do conflito desencadeado, no interior do doente, entre a ideia fixa a que o alienado se agarrou e o medo da punição do médico, do enfermeiro ou do vigilante (Foucault, 2006a, p.39). Dessa forma, a recuperação da doença mental também não dependia do reconhecimento médico das causas da enfermidade (como traçado no discurso anatomopatológico).

Se era a lógica disciplinar que organizava o interior do hospício e a gestão dos internos, se não se realizava a aplicação do saber médico

para obtenção da cura nesse local, se o médico funcionava antes como agente de poder do que como portador de um saber psiquiátrico, se as práticas médicas da protopsiquiatra alienista eram totalmente diferentes da atividade diagnóstica e terapêutica da medicina clínica da época, por que a necessidade do personagem médico na direção do asilo? Para Foucault (ibidem, p.230), essa presença médica era justificada pelo adicional de poder disciplinar disponibilizado pela medicina como ciência por meio, não do seu conteúdo discursivo, mas de seus procedimentos de saber, suas "marcas de saber".

Entre esses procedimentos de saber da medicina que atuaram na organização e funcionamento do hospital, Foucault (ibidem) destaca: a) a técnica do interrogatório (desenvolvida a partir do procedimento de inquirição da pastoral católica do século XVII, funcionava no asilo como um jogo de significações, que permitia ao psiquiatra saber sobre o interno mais do que o próprio, proporcionando uma ascendência daquele sobre o paciente); b) a organização de um dossiê permanente de anotações sobre o doente a partir da vigilância ininterrupta; c) por meio da figura do médico como detentor da verdade sobre a doença, o uso de medidas punitivas como terapia e da terapia como punição (punir fazendo o doente crer que lhe era terapeuticamente útil, impor um tratamento fazendo o acreditar que era para puni-lo); d) por meio do hospício como clínica, como espaço de instrução dos estudantes, a legitimação do médico como mestre da verdade sobre a doença mental. Em suma, a protopsiquiatria procurou medicalizar seu discurso com o objetivo de se apropriar do suplemento de poder disponibilizado ao seu especialista pelas marcas do saber médico.

Além de local de formação de certo discurso de verdade, outro traço característico do funcionamento do asilo na protopsiquiatria dizia respeito à sua relação com a família. Em primeiro lugar, o discurso de verdade que se formou dentro do espaço asilar teve – como objeto e objetivo em um processo inicial de psiquiatrização do social já no início do século XIX – a família, os personagens e as situações familiares, tornando-se o discurso verdadeiro da e sobre a família (ibidem, p.118).

Em segundo lugar, a protopsiquiatria se constituiu em ruptura com esse domínio doméstico, visto que a organização panóptica do asilo correspondia a uma forma de coerção inteiramente extrafamiliar (ibidem, p.133). Ruptura essa expressa: a) pela existência da premissa alienista de que não se podia curar um doente mental no interior da família; b) pela questão da família ter sido identificada como a causa deflagradora da loucura (pelas contrariedades, preocupações, perdas financeiras, ciúmes e separações); c) pelas as diferenças nas relações de poder no interior da família (ainda próximas da ordem da soberania) em relação ao poder médico (disciplinar), logo, a necessidade de ruptura com aquela esfera para que o médico pudesse atuar efetivamente.

Essa primeira generalização da psiquiatria sobre a família, a partir do século XIX, funcionou de duas formas. Por um lado, como estratégia de medicalização disciplinar, de patologização de questões que até então não estavam sob domínio médico (ibidem, p.16). De outro lado, como disciplinarização interna da família, "certa transferência, no interior mesmo do jogo da soberania familiar, das formas, dos esquemas disciplinares, dessas técnicas de poder que as disciplinas proporcionavam" (ibidem, p.143), por meio da adoção, pela família, de práticas como a vigilância sobre os filhos, o controle da postura, gestos, maneiras de se comportar das crianças e o controle da sexualidade (em especial, da masturbação infantil).

Sobre relação da protopsiquiatria com a família, cabe ainda assinalar a emergência do que Foucault (ibidem, p.106) denominou de "função-psi", "a função psiquiátrica", a tríade de práticas de poder, discursos de saber e modos de objetivação do sujeito que produziram o próprio indivíduo "psi", psicologizado e psiquiatrizado. A função-psi foi constituída a partir da disciplinarização da família soberana: quando um sujeito escapava ao poder da família, era internado e posto sob as práticas do asilo que deveriam discipliná-lo, para então retornar ao convívio com seus familiares. Progressivamente, a função-psi se generalizou para todos os dispositivos disciplinares: na ocasião em que uma pessoa era incapaz de seguir a disciplina escolar, da oficina ou do exército, a função-psi intervinha como

estratégia de governo e de normalização desse sujeito no interior dessas instituições.

Tal função-psi desempenhou o papel de disciplina para todos os indisciplinados, de instância de governo que pairava sobre todas as instituições disciplinares, como mecanismo que legitimou a psiquiatria em sua função de "pôr fora do circuito certo número de indivíduos inutilizáveis no aparelho de produção [por serem indisciplináveis]" (ibidem, p.140).

A propagação da psiquiatria sobre outros âmbitos sociais não se restringiu somente à família. Ainda no período da protopsiquiatria, a partir dos anos 1820, esboçou-se uma generalização da psiquiatria alienista sobre os criminosos e tribunais: a elaboração das perícias psiquiátrico-legais, a construção da noção de monomania (na qual o crime sem razão aparente aparecia como sintoma de loucura e pela qual todo louco poderia ser, potencialmente, um criminoso). Nesse sentido, um dos fundamentos da prática protopsiquiátrica se alicerçava na pretensão de manutenção da ordem em relação aos potenciais riscos advindos da loucura (idem, 2004a, p.9; 2006a, p.320; 2006g, p.326).

Com relação ao terceiro momento na cronologia aqui proposta, Foucault analisa a lei francesa de 30 de junho de 1838 (referente ao estatuto jurídico dos alienados e à internação psiquiátrica). Sustenta ele (idem, 2006a, p.118; 2006f, p.262; 2010a, p.120) que com essa legislação se realizou tanto a consolidação legal da passagem do poder sobre o louco da família para a instância médica, dos dispositivos de soberania para os mecanismos disciplinares, como também a consagração da psiquiatria como disciplina médica especializada.

Outrora, era uma prerrogativa familiar que se exercia sobre o doente mental: a solicitação da internação era um direito que pertencia à família e o procedimento jurídico de investidura sobre o doente mental era a interdição (como mecanismo da ordem da soberania), no qual se transferia os direitos civis do alienado para os familiares. Com a lei de 1838, a captura do doente mental passou a se realizar, fundamentalmente, por meio do internamento que, em princípio, não necessitava do pedido por parte de familiares, visto que a internação era decidida pelo comando político local e assegurada pela

autoridade médica, que era, em última instância, quem decidia sobre o internamento de alguém (idem, 2006a, p.120). Dessa forma, o estatuto de doente mental passou a se dar em relação a um campo técnico-administrativo, médico-estatal, no qual o louco despontava como um perigo para sociedade, um inimigo social (e não mais como o sujeito que podia colocar em risco os direitos, as riquezas e os privilégios da família).

Com a regularização da internação como forma legal de investidura sobre o louco, o poder do psiquiatra se consolidou no asilo. A partir das marcas de saber disponibilizadas pela ciência médica, o psiquiatra se estabeleceu, no espaço da disciplina asilar, como adicional de poder que intensificava e impunha certos aspectos da realidade no confronto com os delírios do louco. Nesse sentido, Foucault (ibidem, p.165) define poder psiquiátrico como "esse suplemento de poder pelo qual o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria".

Como componente da ação psiquiátrica de cura da loucura (como certa crença em uma onipotência de poder por parte do louco), Foucault enumera estratégias do poder psiquiátrico que acentuavam algumas características da realidade como formas de coerção dos loucos: a) a dissimetria de poder, na qual todo o poder e vontade do louco se concentravam na figura do médico – a presença corpórea do médico como a primeira realidade com a qual o doente se deparava no interior do asilo (subjugando e repreendendo, nesse primeiro encontro, as condutas e gestos do louco) e que seria o responsável por toda sua vida interna; b) a organização, pelo psiquiatra, das necessidades e carências cotidianas do insano (uma vestimenta rude, uma alimentação racionada e um pouco abaixo do necessário, a imposição do trabalho), a disposição de uma existência inferior em relação ao mundo exterior por meio da qual o interno deveria reconhecer que passava por tais penúrias por estar doente; c) a imposição de uma identidade estatutária na qual o doente era obrigado a enunciar a sua biografia, reconhecer-se como louco e se submeter, de forma obediente, ao poder psiquiátrico para alcançar a cura, como "processo

de sujeição física cotidiana, imediata, realizada no asilo" (ibidem, p.222). Por meio de tais ações, o poder psiquiátrico se definia, em síntese, mais como forma de direção do hospício e dos internos do que como intervenção terapêutica medicalizada.

O interior do asilo reproduzia ainda a hierarquia social como microcosmo da realidade. Na descrição de estabelecimentos como o asilo de Clermont e a fazenda-colônia de Fitz-James, Foucault (ibidem, p.158) observa que o destino de cada interno se relacionava à sua origem social: entre os doentes pobres, custeados pelos governos locais, o recrutamento de indivíduos aptos para o trabalho necessário para o funcionamento da colônia; para os pensionistas pagantes, a não necessidade de trabalho e melhores acomodações. Mesma distribuição desigual no que tange às intervenções psiquiátricas: aos pobres debilitados para o trabalho, o asilo é simples e puro depósito de humanos; aos pobres aptos, a imposição do trabalho com o pretexto de cura (laborterapia); aos pensionistas, a terapia psiquiátrica individualizada.

Sobre os mecanismos psiquiátricos de poder que se efetivavam sobre os enfermos no interior do asilo, Foucault destaca: o emprego de instrumentos de coerção (como as camisas de força), a utilização de recursos concomitantemente punitivos e terapêuticos (como as duchas de água fria e a cadeira rotatória), a prática do interrogatório psiquiátrico (também como forma de produção da verdade da loucura a partir da pesquisa de eventos patológicos na existência pregressa do sujeito ou nas de seus familiares) e o uso de drogas e medicamentos (como o ópio, o éter,[22] o nitrito de amila,[23] o clorofórmio[24] e o láudano[25]).

---

22 O éter é um composto orgânico que foi empregado na psiquiatria a partir de meados do século XIX com finalidade terapêutica de tranquilizante.

23 O nitrito de amila é também um composto orgânico que produz efeitos de torpor, prostração e apatia.

24 O clorofórmio é um composto químico descoberto em 1831 e que passou a ser empregado terapeuticamente como anestésico a partir de 1847.

25 Trata-se de um sedativo desenvolvido no século XVI e originalmente feito a partir do vinho branco, açafrão, cravo e ópio.

Em relação a essas substâncias que tinham alguma ação psíquica (objeto principal deste trabalho, delineado na atual categoria de psicofármacos), Foucault destaca que esse recurso foi utilizado em grande escala no interior dos hospitais psiquiátricos ao longo dos oitenta primeiros anos do século XIX. Funcionando como mais um instrumento disciplinar (e não apenas terapêutico), mais um mecanismo de sujeição do indivíduo ao silêncio e à ordem do asilo, coloca Foucault (ibidem, p.226) sobre o uso asilar dessas substâncias:

> O que era utilizar o láudano, o éter, como se fez com tanta frequência nos asilos nos anos 1840-1860? Em aparência era acalmar o sistema nervoso do doente, mas na realidade era simplesmente prolongar até o interior do corpo do doente o sistema do regime asilar, o regime da disciplina; era garantir a calma que era prescrita no interior do asilo, era prolongá-la até o interior do corpo do doente. O uso atual dos tranquilizantes também é do mesmo tipo.

Também nesse terceiro período da história genealógica da psiquiatria francesa, Foucault observa, a partir dos anos 1850-1860, uma reaproximação entre a família e o hospício. A partir da formulação de um discurso na qual o louco foi assimilado como "criança", "primitivo" e "idiota", operava-se uma familiarização do asilo: o imperativo de colocar o doente em um meio semelhante ao familiar. Tal discurso originou-se nas casas privadas de tratamentos de saúde com o intuito de exploração do lucro dos resíduos da normalização disciplinar, do "lucro com marginalizados, pela psiquiatria, das classes abastadas" (ibidem, p.141). Essa possibilidade de obtenção de lucro econômico foi o vetor para introdução do modelo familiar na prática psiquiátrica: sujeito conduzido a um sistema de poder nessas casas de saúde que era semelhante ao da família e no qual deveria ser refamiliarizado (por meio, por exemplo, da reativação dos sentimentos do indivíduo para com os pais).

Dessa reaproximação da família com a psiquiatria, Foucault aponta uma demarcação da infância no interior da família que

teria sustentado uma nova psiquiatrização extra-asilar.[26] A partir da constituição da noção de anormal (que não se refere propriamente à doença mental, mas à condição da possibilidade e potencialidade individual de loucura), a figura da criança foi considerada a portadora exemplar das anomalias e a infância passou a ser o objeto do inquérito sobre a existência da loucura.[27] A noção da degenerescência[28] se aplicou também à criança como a portadora dos estigmas hereditários, marcas e restos da loucura dos ascendentes, que tornariam possível a loucura na vida adulta. Em suma, em torno da criança anormal, "constituiu-se toda essa família que, do mentiroso ao envenenador, do pederasta ao homicida, do onanista ao incendiário – todo esse campo geral que é o da anomalia, no cerne do qual figuram a criança retardada, a criança débil, a criança idiota" (ibidem, p.280).

Nesse sentido, a partir da investidura sobre a criança anormal, a psiquiatria estava se tornando não o poder que governa a loucura, mas o poder e o saber sobre o anormal (de definir o que era anormal, controlá-lo e corrigi-lo). Como poder-saber sobre as anomalias, a psiquiatria consolidou, enfim, uma conexão com todos os regimes disciplinares (escola, família, fábrica, exército etc.), reivindicando para si o governo dos sujeitos desviantes e anormais produzidos em tais instituições.

---

26 Tal tema foi trabalhado por Foucault nos três últimos encontros do curso, a partir da aula de 16 de janeiro de 1974, nos quais se refere a questões que seriam aprofundados no curso seguinte (*Os anormais*), destinado à genealogia da concepção de anormal.

27 Nesse sentido, Foucault retoma o exemplo do caso de Pierre Rivière – publicado no dossiê, por ele elaborado em 1973, *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão* (2013b) –, no qual os médicos, ao tentarem determinar se Pierre era doente mental, lançaram mão do interrogatório sobre sua infância: "O fato, por exemplo, de alguém ter cortado a cabeça de repolhos quando era criança, imaginando que era o comandante de um exército e que estava liquidando os inimigos, de crucificar uma rã etc., tudo isso constituía um horizonte de anomalias" (idem, 2006a, p.354).

28 Desenvolvida pelo médico franco-austríaco Bénédict Morel (1809-1873), a teoria da degeneração buscava explicar a etiologia das doenças mentais a partir das denominadas degenerescências (desvios da natureza biológica original do homem, progressiva degeneração mental hereditária entre as gerações).

Por fim, Foucault se dedica a analisar a emergência, no final do século XIX, de um novo dispositivo médico-clínico, o dispositivo neurológico. Por volta dos anos 1850-1860 já se manifestavam discursos sobre um "corpo neurológico": uma nova compreensão de corpo humano, que deixou de ser pensado exclusivamente na perspectiva anatomoclínica (corpo com órgãos e tecidos), para incluir uma perspectiva, ainda que derivada dessa concepção orgânica, de corpo com potencialidades, com funções e comportamentos desejáveis.

Essa nova tecnologia que se constituiu em torno do corpo neurológico tinha como objetivo a tentativa de inscrever a doença mental em uma sintomatologia médica geral que permitisse distinguir entre a loucura de fato e a sua simulação. Para isso, a psiquiatria neurológica lançou mão de procedimentos distintos da medicina geral comum (a procura de lesões nos órgãos e tecidos pela apalpação, visão e odor) e da psiquiatria alienista (os instrumentos asilares). No dispositivo neurológico, a busca de sinais e sintomas patológicos se dava por procedimentos médicos de estímulos (por exemplo, o simples abrir e fechar da pálpebra como reação à ação sobre determinado membro do corpo), por meio dos quais o médico esperava certas respostas corporais (comportamentos reflexo, automático, voluntário etc.); reações essas que independiam da vontade e consciência do sujeito, logo um conjunto de recursos que deveriam restringir a possibilidade de impostura de doença.

A partir do dispositivo neurológico, o médico podia agora distinguir as doenças neurológicas por prováveis lesões anatômicas (assinaláveis pelas técnicas de estímulos) das denominadas neuroses. Entre tais doenças nervosas da loucura, a psiquiatria neurológica procurou investir sobre a histeria, buscando suas causas no corpo neurológico.[29] No entanto, a incapacidade da constituição de um

---

29 No final do século XIX, a histeria era compreendida como uma patologia derivada das ideias mórbidas da pessoa, acometida e marcada por manifestações físicas exageradas. Vista como expressão exclusiva da fragilidade feminina (o próprio termo histeria deriva do grego *hystera*, útero), as mulheres

quadro anatomopatológico para os sintomas histéricos permitiu à histeria escapar do dispositivo neurológico e fez emergir uma nova realidade corpórea: o "corpo sexual". No interior do hospital psiquiátrico (local no qual muitas vezes os episódios de histeria eram provocados, por exemplo, pela hipnose), as histéricas eram instigadas a falar da vida cotidiana, comentando suas experiências e anseios sexuais. Para Foucault, a partir desse fracasso do dispositivo neurológico contra a histeria, a sexualidade passou a ser alvo de novos investimentos médicos, psiquiátricos e psicanalíticos.[30]

Invenção d'*Os anormais* e psiquiatrização do social

No curso *Os anormais*, Foucault (2010a) realiza uma genealogia da noção de anormalidade, conceito que veio à tona nas últimas aulas do curso anterior. Assim, *Os anormais* dá prosseguimento às análises do curso *O poder psiquiátrico*: se este tratava essencialmente da constituição do poder disciplinar psiquiátrico em uma perspectiva intramanicomial, aquele aborda a tecnologia psiquiátrica a partir de um ponto de vista extramanicomial, em sua generalização para outros domínios sociais (como a justiça e a família). Com uma descrição meticulosa de documentos (como laudos psiquiátricos, peças de processos judiciais, prontuários), Foucault realiza uma genealogia da psiquiatria não mais como rede

diagnosticadas com histeria viviam, muitas vezes, nos hospícios em companhia dos epiléticos e demais doentes mentais.

30 Questão que Foucault aborda posteriormente, com maior densidade, em *História da sexualidade 1: a vontade de saber* (1985), na qual analisa como manifestações sexuais (as perversões sexuais, o onanismo, a homossexualidade, a frigidez sexual, a reprodução, entre outras) foram alvos e objetos, ao longo do século XIX, de redes de poder-saber (tais como a psiquiatria) que não tinham como objetivo essencial a repressão ao sexo, mas a sua inclusão em um sistema geral de discursos e práticas – o dispositivo de sexualidade – que incitava o sexo a se manifestar. Essa inserção do sexo no dispositivo de sexualidade é analisada por Foucault como parte de uma estratégia de governo dos indivíduos e das populações na sociedade ocidental moderna.

de poder-saber sobre loucura (como doença mental), mas como tecnologia de governo do anormal.

Emergido na psiquiatria em meados do século XIX, o campo do anormal foi constituído, de forma não sincrônica, a partir de três elementos: o monstro humano, o indivíduo indisciplinado e a criança masturbadora. Ao longo do século XVIII, essas figuras não se confundiam, visto que cada uma delas era referida a sistemas autônomos de poder-saber: o monstro relacionado aos discursos da teratologia, embriologia, história natural; o incorrigível no interior de técnicas pedagógicas; o masturbador inserido em um contexto disciplinar de poderes sobre os corpos individuais e ligado ao saber, então nascente, da sexualidade (ibidem, p.53 e p.289). Ao longo do século XIX, a psiquiatria organizou, codificou e articulou essas instâncias de poder-saber que se exerciam sobre essas figuras – até então não psiquiatrizadas – constituindo, dessa maneira, o domínio homogêneo do anormal.

Para reconstituir a formação desse campo das anormalidades, Foucault realiza uma análise circunscrita de cada uma dessas figuras. A primeira que trago, o indivíduo indisciplinado, foi a que menos teve atenção de Foucault nessas aulas, a não ser por breves considerações.[31] Para Foucault, o indivíduo a corrigir emergiu ao longo dos séculos XVII e XVIII na conjuntura de generalização das técnicas de disciplinamento do corpo e do comportamento no exército, na escola, na oficina, na família. Fenômeno mais regular que a figura do monstro humano, os incorrigíveis eram os que escapavam de todas essas normatividades disciplinares, exigindo novas intervenções, novas tecnologias de reeducação e correção. Esse incorrigível que deveria ser retificado seria o "suporte de todas as instituições

31 A ponto de no último encontro desse curso, em 19 de março de 1975, Foucault (ibidem, p.255) se desculpar pela não realização da genealogia do indivíduo indisciplinado: "Falta na minha genealogia o terceiro termo, queiram me desculpar. [...] Deixemos em branco sua genealogia, que não tive tempo de esboçar". No entanto, a temática da constituição das tecnologias disciplinares de poder e do sujeito disciplinado foi abordada por Foucault na terceira parte ("Disciplina") da obra *Vigiar e punir* (1987), publicada também em 1975.

específicas para anormais que vão se desenvolver no século XIX" (ibidem, p.50).

A segunda figura que constituiu a noção de anormal foi o monstro humano. A primeira compreensão dessa figura (da Idade Média até o século XVIII) fora como exceção dos domínios jurídico e biológico: mistura de dois reinos (animal e humano), de dois indivíduos (irmãos siameses), de dois sexos (hermafroditismo), o monstro representava a transgressão das leis da natureza e das leis da sociedade; resultado da relação entre o ser humano e o animal, o monstro embaraçava e suspendia também o direito humano (teria ele direito de receber herança? De se casar?). Fenômeno raro e impermeável ao discurso médico até o século XVII (quando em um caso de hermafroditismo o médico fora convocado como discurso científico para análise de qual sexo prevalecia no sujeito em questão), a monstruosidade como manifestação natural da contranatureza foi compreendida também como indício de possível criminalidade.

No final do século XVIII, uma segunda concepção, jurídico-moral, referia-se à monstruosidade como desordem dos comportamentos e das condutas (não mais como exceção da natureza). Essa nova perspectiva representava uma inversão na relação entre monstruosidade e criminalidade: se o monstro jurídico-biológico carregava, virtualmente, uma possibilidade de criminalidade, com a noção de monstro moral havia a suspeita de que em todo criminoso habitasse uma monstruosidade (ibidem, p.299).

Foucault atribui essa inversão a uma reconfiguração do poder de punir. Na soberania, os mecanismos de punição eram fortes o bastante[32] para anularem qualquer atrocidade do crime. Nessa medida, no limite, inexistia a necessidade de se constituir algo como uma natureza do crime monstruoso (ibidem, p.72). Com a reconfiguração disciplinar da punição no final do século XVIII, uma economia calculada do poder se formou: punir exatamente o quanto for preciso, não mais o excesso e o desequilíbrio da punição soberana (idem, 2004a, p.13). Essa medida da punição de acordo com o crime

---

32 Como visto no suplício de Damiens, anteriormente mencionado.

cometido foi operacionalizada com a noção de razão do crime: a racionalidade imanente à conduta criminal que explicava também a repetição do delito por outro sujeito. Tratava-se então não apenas das circunstâncias do crime e da intenção do criminoso, mas da inteligibilidade do ato em si para determinar a punição adequada. Nesse sentido, como uma doença natural que existiria em todo criminoso, a monstruosidade se constituiu como princípio de inteligibilidade do delito, como razão do crime.

Em torno dessa noção de monstro jurídico-moral se desenrolou toda a problemática da anomalia no início do século XIX. Nesse sentido, Foucault (2010a, p.94) analisa três casos judiciais, ocorridos entre 1817 e 1826, que denomina como fundadores da psiquiatria criminal: a) um caso de antropofagia, no qual uma mulher de Sélestat matou a própria filha, cortou-a em pedaços, cozinhou sua coxa com repolhos e comeu-a; b) o caso de Papavoine, que assassinou duas crianças em um bosque imaginando que fossem filhas de um nobre; c) o caso de Henriette Cornier, que pediu a uma vizinha que lhe deixasse sob seus cuidados a filha pequena, levou-a para o seu quarto, onde havia tudo preparado (faca e vasilhame para o sangue) e a degolou.

No primeiro caso, ainda que nos pareça inadmissível, a defesa argumentou que a mulher tinha forte razão para matar e comer sua filha: na época do crime, a região francesa da Alsácia se encontrava atingida por uma grande fome. No segundo caso, a defesa alegou delírio, pois o sujeito imaginara que as crianças assassinadas eram filhas de nobres. No entanto, no terceiro caso, não existiam nem indícios de loucura em Henriette Cornier, nem motivos para o crime. A falta de interesse subjacente no crime e a ausência de loucura em Cornier fizeram com que o mecanismo penal ficasse travado: o código penal francês de 1810 permitia punir quando o sujeito não estivesse demente no momento do delito, no entanto, o poder de punir não encontrava a medida da punibilidade pela inexistência da razão do crime.

Assim, casos semelhantes de delitos sem razão permitiram, por um lado, a psiquiatrização da justiça (por meio do sistema

disciplinar de punição que necessitava da intervenção psiquiátrica para determinar a medida da correção), por outro, esse tipo de crime analisável e identificável somente pelo personagem do psiquiatra se tornou mais uma prova do saber e de justificação do poder da psiquiatria (ibidem, p.104; idem, 2004a, p.6-8).

No julgamento, Foucault (2010a) destaca que os peritos psiquiatras convocados à defesa de Cornier alegaram que, pelo fato de que a consciência moral da ré ter permanecido intacta no momento do crime, estava-se ante um agente extraordinário às leis da organização humana: um instinto, uma pulsão irresistível, uma obsessão (motivo que a levou a cometer o crime e sinal de uma nova loucura, sem delírios, mas ainda inimputável). Essa noção de instinto – que emergiu nesses casos e que foi desenvolvida na psiquiatria da segunda metade do século XIX – foi o grande vetor da questão da anomalia ao possibilitar que a tecnologia psiquiátrica patologizasse todas as grandes e pequenas monstruosidades, das condutas e comportamentos mais cotidianos, conectando a questão do ilegal e a questão do anormal, a do criminoso e a do patológico.

Para Foucault, a história de Cornier é abordada como ocorrência exemplar de inúmeros casos semelhantes que representam uma série de rupturas: do crime sem motivo, ato sem razão (embaraço jurídico e moral) em ato instintivo; de monstro para anormal e perverso. Em suma, a irrupção da noção de instinto como princípio de generalização da psiquiatria foi parte de "um processo que fez que o poder psiquiátrico intramanicomial, centrado na doença, pudesse se tornar uma jurisdição geral intra e extramanicomial, não da loucura, mas do anormal e de toda conduta anormal" (ibidem, p.114).

A psiquiatria criminal que se produziu em torno desses casos (imputáveis, mas não puníveis) foi caracterizada por Foucault como instância em que o saber médico e a higiene social se entrecruzavam: se em todo criminoso poderia residir um perigo representado pela monstruosidade patológica que somente o psiquiatra podia distinguir, cabia à psiquiatria a proteção da sociedade contra tais perigos (os "monomaníacos" no início do século XIX, os "degenerados" a partir de meados dos oitocentos).

Nesse sentido, uma cadeia de instituições médico-jurídicas de governo do indivíduo anormal – capturado na conexão das categorias jurídicas que definem dolo e intenção de dano com a categoria psiquiátrica de monstruosidade instintiva – denominada por Foucault (2004a, p.16) de *continuum* médico-judiciário, psiquiátrico-criminológico, consolidou-se na segunda metade do século XIX. Tal rede contínua de defesa da sociedade ia da família ao Estado, passando pelas instâncias médicas, pela perícia médico-legal, pela administração da pena na prisão, pelos tribunais para menores.

Nesse *continuum* médico-jurídico, a psiquiatria assumiria ainda a função política de discriminação e desqualificação dos movimentos sociais (em especial, os movimentos que se sublevaram na Europa em 1848, conhecidos como a "Primavera dos Povos", e em 1871, na denominada "Comuna de Paris") como mera desordem social de indivíduos biologicamente e psiquiatricamente desviantes (idem, 2010a, p.131).[33]

Em suma, a psiquiatrização do monstro – figura originalmente no exterior da sociedade e da natureza – como anormal, fez com que este se estabelecesse no interior da sociedade, situando-se em uma área limítrofe entre o poder soberano (o âmbito judiciário) e o poder disciplinar (a medicina e a psiquiatria). A partir da psiquiatria criminal, o indivíduo anormal do século XIX ficou, enfim, marcado por essa espécie de monstruosidade pálida, banalizada, que poderia se esconder por trás das pequenas irregularidades, dos pequenos crimes (ibidem, p.49).

Após a emergência do monstro, o terceiro e último elemento que historicamente formou o domínio da anomalia foi o masturbador. Fenômeno de frequência universal ainda que tenha permanecido como segredo das sexualidades infantis, essa figura da criança

33 Nesse sentido, Foucault (ibidem, p.132) destaca as pesquisas, a partir da medição de crânios, desenvolvidas pelo médico italiano Césare Lombroso (1835-1909), que ao analisar as fotos de 41 anarquistas de Paris e examinar cem anarquistas detidos em Turim, desqualificou-os como portadores de estigmas físicos graves.

masturbadora encobriu, no final do século XIX, os outros dois elementos constituintes da anormalidade.

Figura totalmente nova no século XVIII, o masturbador emergiu na relação entre a sexualidade e a disciplinarização da família e do espaço familiar (o quarto e a cama individualizados, a família reduzida à célula pai-mãe-filhos, o cuidado na relação da criança com os pais e irmãos, o destaque dado à vigilância do corpo da criança no meio familiar). Compreendida como potencial etiologia de uma série de doenças – como meningite, mielite, doença óssea, doença dos olhos e doenças cardíacas (ibidem, p.208) –, a masturbação fez com que a personagem da criança fosse responsabilizada por toda a sua vida futura, pelas doenças que viesse a ter. Dessa forma, no século XIX, a criança passou a ser objeto de uma série de campanhas médicas e psiquiátricas contra a masturbação, que possuíam, como principal instrumento de batalha, a família medicalizada, a engrenagem psiquiátrico-familiar (em distinção ao *continuum* psiquiátrico-jurídico operacionalizado em relação à figura do monstro).

Desse destaque dado à criança na campanha contra a masturbação e na anteriormente mencionada psiquiatrização das figuras infantis do "idiota" e do "retardado", a infância foi constituída, para Foucault (ibidem, p.266), como princípio de generalização da psiquiatria no final do século XIX: a presença de um elemento de infantilidade na conduta do indivíduo bastava para ele ser capturado no campo da psiquiatria.

Nesse sentido, Foucault descreve como a tecnologia psiquiátrica atuou em outro evento específico, o caso de Charles Jouey, que já representava um campo homogêneo da anormalidade: simultaneamente monstro sexual, onanista e indisciplinado. Órfão de mãe desde pequeno, pouco escolarizado, Jouey vivia à margem da aldeia, solitário, bêbado e mal pago, quando em 1867, com cerca de 40 anos, foi acusado de ter feito uma menina masturbá-lo à beira de uma estrada.

Diferentemente do caso de Cornier (em que a psiquiatrização se deu a partir da necessidade jurídica de punição e no qual a suposta patologia, a loucura instintiva, manifestava-se no momento mesmo do crime, de forma repentina e estranha ao conjunto de

sua vida pregressa, em especial, à sua infância), o fato envolvendo Charles Jouy foi patologizado de forma distinta. A psiquiatrização não ocorreu exclusivamente a partir de alguma autoridade superior, mas foi reclamada de baixo (pela família da menina que o denuncia, pelo médico da aldeia, pela própria população da comunidade). O caso foi também psiquiatrizado pelo seu vínculo com a infância: a interrupção do desenvolvimento mental de Jouey teria ocasionado um desequilíbrio funcional (anormalidades anatômicas e estigmas físicos como dissimetria de crânio e face, de troncos e membros) que seria responsável por uma infantilidade, uma condição de "adulto infantil", manifesta no seu comportamento, em sua conduta, na sua inteligência, em sua sexualidade. Tal caso fora paradigmático por representar uma ruptura na prática psiquiátrica à medida que essa tecnologia passou a capturar práticas sexuais pequenas, de uma sexualidade infantil camponesa, que até alguns anos anteriores poderiam passar sem atenção, talvez como parte do contexto aldeão.

O caso de Charles Jouey é também representativo do papel dessa nova psiquiatria que se afastou da loucura como doença e alienação mental e que emergiu, nos anos 1840-1875, como tecnologia de poder-saber do anormal, como ciência dos comportamentos desviantes, das anomalias e de todas as desordens possíveis de conduta, como poder médico sobre o não estritamente patológico (ibidem, p.270). Nova psiquiatria que, para preservar seu caráter médico, âmbito no qual detinha certos efeitos de poder, construiu novos discursos, uma nova nosografia (que se deslocou das doenças para as síndromes, como nova acepção de patologias que prescinde da identificação de um fator etiológico-biológico, como configuração parcial e estável da anomalia),[34] uma nova etiologia das anormalidades (a constituição da noção de "estado" ou "fundo psíquico" como déficit geral das instâncias de coordenação do indivíduo e que

---

34 Entre as primeiras síndromes constituídas ao final do século XIX, Foucault (ibidem, p.272) cita a agorafobia (atualmente denominada como síndrome do pânico), as manias incendiárias, a cleptomania, o exibicionismo, a claustrofobia e a compreensão da homossexualidade como síndrome.

poderia justificar qualquer anomalia, fosse fisiológica, psicológica, moral ou juridicamente desviante).

Nessa nova psiquiatria de governo do anormal, encontra-se um duplo sentido da noção de norma. Por um lado, a norma entendida como regra social de conduta, como lei informal e princípio de conformidade social (que se opunha à desordem, à excentricidade, aos desvios de comportamento). Por outro, baseada na medicina orgânica e na neurologia, a norma era compreendida como a regularidade funcional do organismo (que se contrastava ao mau funcionamento do corpo, ao patológico, ao organismo disfuncional). Por esse duplo jogo da norma, o anormal na ordem das condutas podia ser referido ao anormal na ordem do organismo.

Dessa forma, por meio da constituição do campo das anomalias, a psiquiatria se viu diante de um domínio muito mais extenso que o da alienação ou do delírio: "Tudo o que é desordem, indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora" (ibidem, p.138). Das infrações e leves desvios em relação à lei até as irregularidades intrafamiliares, do domínio penal ao controle da família, todo esse conjunto de comportamentos passou a ser objeto da psiquiatria, que se tornava, dessa forma, operadora geral dos mecanismos de poder. Nesse sentido, sustenta Foucault (ibidem, p.242) que:

> Da pequena soberania da família à forma geral e solene da lei, a psiquiatria aparece agora, deve aparecer e deve funcionar como uma tecnologia do indivíduo que será indispensável ao funcionamento dos principais mecanismos de poder. Ela vai ser um dos operadores internos que vamos encontrar indiferentemente ou comumente em dispositivos de poder tão diferentes quanto a família e o sistema judiciário, na relação pais-filhos ou ainda na relação Estado-indivíduo, na gestão dos conflitos intrafamiliares assim como no controle ou na análise das infrações às proibições da lei. Tecnologia geral dos indivíduos que vamos encontrar afinal onde quer que haja poder: família, escola, fábrica, tribunal, prisão etc.

Por último, destaca-se o papel da teoria da degeneração como discurso teórico de justificação social da psiquiatria, como "armadura conceitual própria" (ibidem, p.252) desse mecanismo de poder-saber de classificação e de intervenção nas anomalias. Como princípio causal de anomalias no nível do indivíduo e da população, o discurso da degeneração permitiu a essa nova psiquiatria do anormal articular estratégias de governo disciplinares e biopolíticas. Dessa maior psiquiatrização social sustentada pela medicalização do anormal e pela teoria da degeneração, a psiquiatria se consolidou como instância extra-asilar de defesa social contra os perigos que a minavam de seu interior, como proteção científica da sociedade e como proteção biológica da espécie (idem, 1999a, p.277).[35]

***

Das análises de Foucault sobre a medicalização do social como estratégia disciplinar e biopolítica de governo, destacaram-se, como alvos das relações de poder e dos discursos de saber médicos, o hospital, o meio urbano e a família. A partir desse processo de medicalização, fenômenos que no início do século XVIII não eram considerados patológicos (como a sexualidade, as relações familiares, as condições de moradia, o crime, a força de trabalho e a pobreza) passaram a ser capturados e constituídos como objetos pela medicina ao longo dos séculos XVIII e XIX (idem, 2006f, p.262).

É também nesse contexto de medicalização do social entre fins do século XVIII e início do XIX que a psiquiatria se tornou uma tecnologia médica por meio de processos tais como a medicalização do asilo, a reconfiguração da loucura como doença mental e a produção de discursos de verdade (nos marcos da medicina orgânica) a partir das próprias práticas de poder desenvolvidas no interior do hospital psiquiátrico.

35 Sobre o papel da teoria da degeneração na biopolítica psiquiátrica do século XIX, pode-se conferir Caponi (2012b).

Neste capítulo, foram assinalados também os mecanismos pelos quais "a partir do século XIX, todos nos tornamos psiquiatrizáveis" (idem, 2006g, p.326), todos fomos normalizados como sujeitos psiquiatrizados (classificados como potencialmente doentes mentais, virtualmente anormais e, hoje, iminentemente transtornados).

Com relação à racionalidade de poder operacionalizada, a psiquiatria se constituiu ao longo do século XIX, por um lado, como tática disciplinar em suas práticas de "ortopedia mental" do alienado no interior do asilo e na psiquiatrização extra-asilar da família; por outro, como estratégia biopolítica com a generalização extramanicomial da psiquiatria por meio das noção de anormal e também por seu papel de defesa da sociedade (a partir da demarcação de certos sujeitos como ameaça geral à sociedade, e à vida e a segregação desses no hospital psiquiátrico). Em outros termos, por meio das intervenções sobre os corpos asilados e pela caça aos anormais-degenerados (loucos, criminosos natos, prostitutas, bêbados, neurastênicos, entre outros) no espaço aberto da sociedade, a psiquiatrização do social no século XIX se configurou como estratégias de governo disciplinar do indivíduo e de governo biopolítico da população.

Especificamente em relação às substâncias utilizadas no interior do asilo ao longo do século XIX em virtude de alguma alegada ação psicoativa, espécie de "protopsicofármacos", Foucault (2006a, p.301) analisa-as como mais uma das tecnologias terapêutico-disciplinares: "quanto às drogas – essencialmente o ópio, o clorofórmio, o éter –, elas eram, evidentemente, como as drogas atuais continuam sendo, um instrumento disciplinar evidente, reino da ordem, da calma, da colocação em silêncio". Ou seja, o uso das drogas de atuação psíquica nos anos oitocentos é apreendido por Foucault apenas como mais um recurso disciplinar à disposição do asilo (ao lado da camisa de força, da ducha fria, do isolamento em cela), ainda não, como hoje são os psicofármacos, como a principal tecnologia de poder-saber da psiquiatria extra-asilar (Caponi, 2009a, p.138; Corbanezi, 2015, p.146; Rose, 2017, p.227).

Enfim, neste capítulo detive-me nas descrições de Foucault sobre como uma biopolítica se desenrolou nos processos de psiquiatrização

do sujeito ocidental ao longo do século XIX. Ao longo dos próximos capítulos, como coloquei na Introdução, esses atributos da psiquiatria oitocentista francesa serão contrastados com as características de biopoder e com as funções de governo que atravessam o dispositivo psicofármacos, a fim de marcar os deslocamentos e as especificidades da psiquiatria neurobiológica contemporânea como tática biopolítica *neuro*molecular de governo neoliberal das condutas.

No próximo capítulo, apresento um levantamento bibliográfico das produções nas ciências sociais brasileiras (em especial, na sociologia) referentes à atual psiquiatria neurobiológica e extra-asilar. No Capítulo 2, procuro descrever algumas das tendências nesses trabalhos e busco elencar possíveis pontos a ser rediscutidos (em particular, em relação às funções político-subjetivas que podem ser desdobradas do uso de psicofármacos).

2
Para uma genealogia do presente: problematizações sociológicas contemporâneas em relação à psiquiatria neurobiológica extra-asilar

É que o saber não é feito para compreender, ele é feito para cortar.

(Foucault, 2016a, p.73)

"Além dos muros": uma breve revisão das pesquisas nas ciências sociais sobre a atual psiquiatria

Neste capítulo, pretendo apresentar um mapeamento da produção nas ciências sociais brasileiras retratando os principais aspectos abordados referentes à atuação da psiquiatria contemporânea. Como foco principal de seleção, ocupo-me dos estudos que trataram da psiquiatria em suas dimensões neurobiológica e extra-asilar no contexto pós-Reforma Psiquiátrica (de 2001).

Para alcançar o objetivo almejado neste capítulo, empreendi, inicialmente, uma busca detalhada nos sites do Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do banco de artigos e periódicos Scielo. Essas duas bases digitais foram selecionadas em virtude de suas representatividades na divulgação da produção acadêmica e pela abrangência de trabalhos científicos nelas depositados.

Em setembro de 2018, fiz uma pesquisa no banco da Capes a respeito das teses e dissertações defendidas até essa data a partir dos descritores "medicalização", "psiquiatrização", "psiquiatria" e "psicofármaco"[1] nas áreas de conhecimento "Sociologia", "Outras sociologias específicas", "Antropologia" e "Ciência Política". Para alguns termos da consulta, os mesmos trabalhos repetiram-se nos resultados. Já na base Scielo, realizei uma pesquisa, na opção "busca avançada", para cada um dos descritores anteriormente mencionados, combinando-os, por meio do operador booleano *and*, com as áreas de conhecimento "Sociologia", "Antropologia" e "Ciência Política".

Nos resultados dessas buscas, observa-se que os trabalhos que abordam a psiquiatria neurobiológica emergem a partir de 2007 e se concentram em sociologia e antropologia (as buscas realizadas pelos descritores mencionados nesses bancos de produções não trouxeram nenhum estudo desenvolvido em Ciência Política). Dessa forma, ocupo-me dos estudos elencados nessas bases que se situam entre 2007 e 2018. Num segundo momento, após a leitura dessa produção, fiz uma busca por outros trabalhos (*papers*, artigos, publicações em anais de eventos) no currículo *Lattes* dos autores desses trabalhos. Por último, por meio do cruzamento de referências, inseri, no exame, trabalhos citados nessas unidades de análise que tratam da temática aqui abordada.

A partir da análise da questão principal tratada em cada trabalho, catáloguei-os em seis principais grupos temáticos para apresentação

1 Conforme apresentado na Introdução, o desenvolvimento da medicina moderna vem sendo analisado nas ciências sociais por meio do conceito de medicalização. Por esse conceito se descreve, em termos gerais, o avanço da medicina sobre diferentes âmbitos do social (Zorzanelli; Ortega; Bezerra, 2014, p.1860). Já a noção de psiquiatrização aponta para processos de medicalização do social coordenados predominantemente pela psiquiatria que se generaliza, atualmente, sobre novos domínios não estritamente patológicos, tais como o luto, a birra infantil e a tensão pré-menstrual (Birman, 2014, p.24). Por fim, os psicofármacos representam a principal tecnologia da psiquiatria neurobiológica extra-asilar por permitirem intervenções no corpo humano em níveis neuromoleculares e sinápticos (Azize, 2008b, p.15; Caponi, 2009a, p.138; Corbanezi, 2015, p.146; Rose, 2017, p.227).

e discussão: a) os efeitos e resultados da Reforma Psiquiátrica no Brasil; b) o desenvolvimento e consolidação das neurociências e seus efeitos nas práticas psiquiátricas; c) as últimas edições do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) – produzidas pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) – e a emergência de novas categorias diagnósticas de transtornos mentais; d) a psiquiatrização contemporânea da infância e da educação escolar; e) as interfaces atuais de psiquiatrização do crime e dos desvios; f) os psicofármacos e seus atuais efeitos políticos e subjetivos.

Livremente inspirado pelo escrito de Foucault que abre o capítulo, minha intenção é recortar algumas pesquisas sobre a psiquiatria em sua dimensão extra-asilar, interpretando e demarcando certa tendência nesses estudos e, principalmente, elencando possíveis pontos a ser aprofundados, reinterpretados e reproblematizados na sociologia brasileira contemporânea (em especial, relacionados às funções políticas e subjetivas que se podem depreender do uso atual de psicofármacos, objeto deste trabalho). Antes, contudo, descrevo como o tema da psiquiatria se estabelece e vem sendo tratado na sociologia (e, de maneira geral, nas ciências sociais).

A sociologia vai ao manicômio: a emergência e a consolidação do tema "psiquiatria"

De certa maneira concomitante à eclosão das lutas antipsiquiátricas, os trabalhos nas ciências sociais que abordam o funcionamento e as práticas da psiquiatria se estabelecem nos anos 1960. Entre esses, a já mencionada tese de doutoramento de Michel Foucault publicada em 1961, *História da loucura*, pode ser considerada um marco inicial e referência posterior nesse campo de investigações (Alvarez, 2015; Wadi, 2014).

Como referido anteriormente, com uma perspectiva arqueológica, *História da loucura* visa desnaturalizar a noção de doença mental como o objeto da psiquiatria. Descrevendo as técnicas institucionais (como a medida correcional de internamento indistinto

de blasfemadores, devassos, sodomitas, bêbados e vagabundos nos hospitais gerais desde o século XVII) e as práticas discursivas (remetendo à proposição de René Descartes da loucura como a impossibilidade de conhecimento e às declarações da medicina sobre as infâmias e insanidades), a obra assinala a emergência, na França de final do século XVIII, da psiquiatria asilar e a reconfiguração, nesse processo, da loucura como doença mental.

Posteriormente, no curso no Collège de France de 1973-74, *O poder psiquiátrico*, Foucault (2006a) analisa, como já visto, as práticas microfísicas de poder no interior dos asilos (como o isolamento dos internos em cela, a vigilância, os interrogatórios, os instrumentos de cura – a algema, a camisa de força, as duchas de água fria) que possibilitaram à psiquiatria produzir discursos de saber sobre a doença mental e se constituir, ainda no início do século XIX, como tecnologia médica. No curso seguinte, *Os anormais*, Foucault (2010a) aborda o desenvolvimento da noção de anormal que permitiu, em meados do século XIX, a generalização extramanicomial da psiquiatria sobre a família, a criança, a justiça penal, as instituições disciplinares (como a escola, o quartel, a fábrica).

Nos rastros de Foucault, em obra de 1976, *A ordem psiquiátrica*, o sociólogo francês Robert Castel (1978) aborda a medicalização da loucura orquestrada pela psiquiatria alienista na França oitocentista. Como estratégias de moralização e de controle das massas urbanas na sociedade industrial francesa pós-Revolução, a psiquiatria e a tecnologia asilar possibilitaram a patologização dos "comportamentos não conformes" (ibidem, p.10), como a indigência, a ociosidade e o desvio sexual. Igualmente sob as influências foucaultianas, o sociólogo francês Jacques Donzelot (1986) analisa em trabalho de 1977, *A polícia das famílias*, como, na sociedade francesa do século XIX, mecanismos estatais de controle social se infiltraram nas relações de poder familiares. Entre as estratégias de penetração estatal na família, Donzelot (ibidem, p.85, p.109 e p.120) destaca o papel extra-asilar da psiquiatria na tutela das crianças pobres), no controle extrajudiciário das atividades educativas dos menores indolentes e na psiquiatrização da vagabundagem.

Também em 1961, data da primeira edição de *História da loucura,* é publicada a obra *Manicômios, prisões e conventos* do sociólogo canadense Erving Goffman (2005). Em uma perspectiva microssociológica (baseada em análise *in loco* de um hospital psiquiátrico entre 1955 e 56) e próximo ao interacionismo simbólico, Goffman analisa as relações entre os sujeitos internados e a equipe dirigente do manicômio a partir da noção de "instituição total". O autor define "instituição total" como espaço de residência e de trabalho onde grande número de indivíduos permanece separado, por um intervalo significativo de tempo, dos outros âmbitos da sociedade, levando uma vida fechada e hierarquicamente controlada em suas atividades diárias (ibidem, p.11 e p.17). Esse caráter total da instituição produz transformações profundas no sujeito: ao ser internado, ele passa por um processo de aniquilação da autonomia e da identidade familiar e civil por meio, entre outros mecanismos, da imposição de regras de conduta, pela privação de seus bens e por meio da elaboração de um dossiê sobre sua personalidade. Uma crítica numa perspectiva foucaultiana ao trabalho de Goffman situa-se no limite de seu enfoque às relações no interior dos muros da instituição asilar, sem trazer a problematização das condições discursivas, sociais e políticas que levaram à essa forma de gestão dos sujeitos (Lagrange, 2006, p.473-4).

Sobre a formação da psiquiatria no Brasil, existe uma série de trabalhos realizados a partir de meados da década de 1970 e durante os anos 1980 que buscam demonstrar os fenômenos da medicalização e da psiquiatrização na sociedade brasileira do século XIX e início do XX.[2] Dentre esses primeiros estudos, se sobressai a obra de Roberto Machado e seus colaboradores, *Danação da norma* (1978), que se dedica ao estudo da construção da psiquiatria no Brasil como parte de um processo de medicalização do social (que, nesse período, envolveu a cidade, o hospital, o cemitério, a escola, a prisão, o

2 Segundo Alvarez (2015, p.27), alguns desses trabalhos (Machado et al, 1978; Cunha, 1986; Carrara, 1998) foram os primeiros no Brasil, em uma perspectiva influenciada pelas ideias de Foucault, a problematizar o papel do saber médico como mecanismo de poder na constituição da ordem social brasileira e no controle de individualidades tomadas como desviantes.

bordel, a fábrica). Pode-se destacar também o trabalho de Jurandir Freire Costa (2006): publicado em 1976, *História da psiquiatria no Brasil* examina as influências eugênicas na psiquiatria extra-asilar e preventiva da Liga Brasileira de Higiene Mental durante os anos 1920-1930 no tocante aos temas da raça, da moral, do estrangeiro.

Nos anos 1980, Maria Clementina Pereira Cunha (1986) analisa, em *O espelho do mundo*: *Juquery, a história de um asilo*, o perfil do referido hospício e da psiquiatria paulista do final do século XIX até a terceira década do XX em relação às suas práticas internas cotidianas de poder e como espaço de uma estratégia de disciplinarização das condutas individuais em reação aos problemas urbanos (como o desemprego, a prostituição e o alcoolismo). Em Cunha, não se trata de uma simples transposição dos esquemas analíticos de Foucault, como afirmar a constituição da "sociedade disciplinar" na realidade brasileira, mas a descrição e a análise das formas de relação de poder que emergiram no Brasil com a recepção de discursos e práticas produzidos nas sociedades disciplinares europeias (no caso, as teorias psiquiatras da degenerescência e do organicismo).[3]

Já Sérgio Carrara (1998), em *Crime e loucura*, examina o desenvolvimento do primeiro manicômio judiciário do país, no Rio de Janeiro, entre fins do século XIX e início do XX. A partir de discursos científicos que implicavam relações de causalidade entre alienação e criminalidade, emergiu nesse período uma série de disputas entre médicos e juristas a respeito de casos de delinquentes que, envolvidos nessa trama de enunciados que os situavam entre a loucura (inimputabilidade) e o crime (responsabilidade penal), não poderiam mais ser encaminhados nem para a prisão e nem para o hospício. Para esses, fora constituído o manicômio

---

3 De forma sintética, a psiquiatria organicista, constituída a partir do médico alemão Emil Kraepelin (1856-1926), relaciona a loucura e outras doenças mentais a causas, aspectos e consequências de ordem biológica. Desse modo, os distúrbios da mente humana, as qualidades morais dos indivíduos, seus vícios e virtudes são apreendidos a partir dos fenômenos físicos e orgânicos do indivíduo.

judiciário, que – sobrepondo, no mesmo espaço, dois modelos da "instituição total" goffmaniana: a prisão e o manicômio – operou, simultaneamente, como instrumento jurídico-punitivo (para os loucos criminosos) e psiquiátrico-terapêutico (aos criminosos loucos) (Souza, 2005, p.89).

Por seu turno, em *A emergência do Código de Menores de 1927*, Marcos Alvarez (1989) destaca, entre outros aspectos, as influências do discurso psiquiátrico (em especial, da noção de anormal) na constituição do Código de Menores e o papel extrajurídico do psiquiatra nos serviços, projetados pela referida legislação, de assistência e proteção aos menores.

Das análises realizadas nos anos 1990 sobre o desenvolvimento da medicina e da psiquiatria no país, pode-se citar os trabalhos de Magali Engel, *As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social* (1999) e *Os delírios da razão* (2001). Por meio da análise dos prontuários médicos do Hospital Nacional dos Alienados, das teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e dos periódicos e anais médicos produzidos entre 1830 e 1930, esses trabalhos procuram investigar o processo de configuração, na sociedade brasileira, do discurso da loucura como doença mental e suas implicações na implantação de novos mecanismos de controle social (como hospícios medicalizados e sob gestão de psiquiatras).

Em *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*, Vera Portocarrero (2002) busca apontar uma ruptura no saber e nas práticas psiquiátricas no Brasil do final do século XIX e início do século XX a partir da obra do médico Juliano Moreira. Para Portocarrero, a emergência do conceito de anormal permitiu à psiquiatria brasileira – de forma semelhante ao ocorrido na França oitocentista, como mencionado no capítulo anterior – abranger não somente a loucura, de forma estrita, mas todo e qualquer desvio do comportamento. Dessa forma, também se capturava, nas tramas psiquiátricas tupiniquins, os degenerados, epiléticos, criminosos, sifilíticos e alcoólatras. Por fim, o trabalho de Alvarez, *Bacharéis, criminologistas e juristas* (2003), analisa, entre outros tópicos, as interfaces das psiquiatrias organicista e da degenerescência

com a antropologia criminal lombrosiana[4] nas práticas e saberes jurídico-penais no Brasil entre 1890 e 1930.

Já os trabalhos sobre psiquiatria produzidos no início do século XXI concentram-se na abordagem das práticas psiquiátricas de fins do século XIX e da primeira metade do XX (Wadi, 2014) problematizando questões referentes: a) ao gênero e à sexualidade: *Psiquiatria e feminilidade* (Engel, 2000) e *Sexualidades interditadas: loucura e gênero masculino* (Engel, 2008); *Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923)* (Wadi, 2006); *O corte da sexualidade: o ponto de viragem da psiquiatria brasileira no século XIX* (Beluche, 2006); b) às relações entre religiosidade e psiquiatria: *Uma fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil (1900-1950)* (Almeida, A., 2007); *De médicos e médiuns: medicina, espiritismo e loucura no Brasil da primeira metade do século XX* (Jabert, 2008); c) às instituições asilares espalhadas pelo interior do país e às experiências de seus internos em *Formas de administração da loucura na Primeira República* (Jabert, 2005), *Palácio para guardar doidos* (Wadi, 2002) e em *Diálogos da alma: uma outra história de loucura* (Azevedo, 2006); d) às inter-relações entre psiquiatria e direito penal na constituição das noções de periculosidade e de imputabilidade nos Códigos Penais de 1890 e de 1940 em *Heranças perigosas: arqueogenealogia da periculosidade na legislação penal brasileira* (Almeida, F., 2005). Em suma, os trabalhos dos primeiros anos do século XXI analisam, sobretudo, a psiquiatria da primeira metade do XIX em suas práticas extramanicomiais (nas relações com as questões da sexualidade, da religiosidade e das legislações penais) e nas singularidades (de gênero e regionais) dessas experiências asilares.

---

4 Sistematizada pelo psiquiatra italiano Cesare Lombroso (1836-1909), a antropologia criminal afirmava ser possível, por meio de pesquisas antropométricas em crânios, identificar os criminosos natos, aqueles indivíduos sempre reincidentes, que carregavam hereditariamente um pendor ao crime (Darmon, 1991, p.44-50).

Forçam-se as portas dos hospícios: efeitos e resultados da Reforma Psiquiátrica

A dimensão extra-asilar da psiquiatria não é recente: nas quatro primeiras décadas do século XIX, a psiquiatria, com objetivos de normalização e controle social, já alcançara (como mencionado no capítulo anterior) a infância, as relações familiares e a justiça penal (Foucault, 2006a, p.55, p.122-6, p.319-20). Contudo, as práticas psiquiátricas extra-hospitalares com fins fundamentalmente terapêuticos (como o cuidado medicamentoso no cotidiano doméstico) se consolidaram a partir das lutas antipsiquiátricas dos anos 1960, em consequência da restrição da dimensão disciplinar-manicomial dessa especialidade médica.[5]

Com a implementação legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil em 2001, houve uma reconfiguração da assistência psiquiátrica que pode ser ilustrada por alguns números: redução dos leitos psiquiátricos públicos de 52.962, em 2001, para 25.097 em 2016; ampliação de serviços ambulatoriais substitutivos, os Caps, de 291, em 2001,[6] para 2462 unidades em 2017 (Brasil, 2017). A partir desse cenário despontam pesquisas voltadas às questões decorrentes dessa nova interface da psiquiatria.

Entre esses trabalhos, Elton Corbanezi (2018b) argumenta que, apesar das diferenças entre os modelos de luta antipsiquiátricas (das comunidades terapêuticas inglesas e da psicoterapia institucional inglesa, passando pelas psiquiatrias de setor francesa e preventiva estadunidense, até a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria democrática italiana), essas frentes de críticas acarretaram – como consequências

5 Retomo a discussão sobre as forças antipsiquiátricas no próximo capítulo, no item "'O tiro saiu pela culatra'".

6 O primeiro Caps no Brasil foi fundado em 1987 na cidade de São Paulo, a unidade Professor Luiz da Rocha Cerqueira. A criação desse serviço e de inúmeros outros com variadas denominações (anteriores à implantação da nova política pública de saúde mental de 2001) resultou de lutas sociais de trabalhadores de saúde mental e de familiares de pacientes asilados que visavam à melhoria da assistência e denunciavam a situação precária dos hospícios.

indesejadas ou não intencionais – na generalização da psiquiatria no espaço aberto da sociedade e não no seu enfraquecimento. Nesse processo de psiquiatrização extra-asilar, a diluição nos limites já então tênues entre o que é considerado psiquicamente normal ou patológico permitiu a intervenção da psiquiatria sobre qualquer anormalidade (por mínima que seja) e até mesmo sobre a própria normalidade (a pretexto de prevenção e, em um contexto neoliberal, a fim de potencializar certas habilidades como a performance, a comunicação, a velocidade, a criação) (ibidem, p.16).

Edson Passetti (2012) e Salete Oliveira (2014) tratam das lutas antipsiquiátricas de forma semelhante a Corbanezi (2018b). Numa análise histórico-política, Passetti (2012) argumenta que essas linhas de força, ao serem reduzidas a políticas públicas antimanicomiais, legaram, em conjunto com o desenvolvimento das neurociências e dos psicofármacos, um governo da saúde mental realizado no exterior das instituições asilares. O redimensionamento das lutas antipsiquiátricas em políticas de Estado resultou também em novos modelos de sujeição: a ação da psiquiatria ainda sobre os anormais (considerados, hoje, portadores de transtornos) e agora, igualmente, sobre a normalidade que necessitaria ser continuamente aperfeiçoada. A partir de Foucault (2008a; 2008b), Passetti (2012, p.109) compreende essa atuação extra-asilar sobre o não patológico como parte de uma estratégia de governamentalidade neoliberal em seus fluxos de aperfeiçoamento contínuo do capital humano (representado, por exemplo, na qualidade de vida e na saúde psíquica dos sujeitos).

Por meio de uma genealogia de inspiração foucaultiana, Salete Oliveira (2014) interpreta as atuais políticas públicas brasileiras de saúde mental como uma expansão do campo psiquiátrico a céu aberto que mantém intocada a função dos manicômios. Serviços ambulatoriais como os Caps teriam, nessa situação, o papel de gerir os "detritos" dos hospitais psiquiátricos. Todavia, ao tomar como objetos dessa psiquiatria pós-reforma apenas os "resíduos" dos manicômios (sujeitos que estariam asilados se não fosse pela implementação dessas instituições ambulatoriais), a autora corre o risco de não alcançar – como apresento em próximo item – a produção de novos

alvos psiquiátricos por meio da crescente criação de novas categorias diagnósticas de patologias mentais nas últimas edições do DSM.

Em um trabalho etnográfico envolvendo estudo de casos (as experiências ambulatoriais de quatro usuários), Marcelo Dias (2007) analisa os processos de institucionalização de pacientes em um Caps numa pequena cidade paulista entre 1995 e 2003 (respectivamente, momento da implementação do serviço, ainda em caráter experimental, e data em que o equipamento já integra uma política pública federal). A partir dessa pesquisa, Dias apresenta alguns resultados sobre os efeitos da Reforma Psiquiátrica como política oficial de Estado, que podem ser generalizáveis, visto que a unidade ambulatorial analisada se conformava às normas federais de saúde mental comum a todos os serviços do mesmo modelo.

Em primeiro lugar, Dias (2007) evidencia uma ressocialização dos enfermos restrita à instituição, onde se desenvolvia a quase totalidade de suas relações sociais (de relacionamentos afetivos e de convívio diário). Um segundo aspecto destacado foi que a percepção comunitária sobre o serviço ainda o compreende como instituição de controle social do louco – de certa forma, próxima à posição de Salete Oliveira (2014) a respeito da função dos Caps no controle dos "resíduos" dos hospitais psiquiátricos. Tal traço do Caps como mecanismo de controle social se basearia no baixo número de internações psiquiátricas dos pacientes acompanhados, na adesão ao tratamento medicamentoso, na presença cotidiana dos doentes na instituição, na condição dos profissionais do Caps como avalistas, com as famílias, da autonomia e liberdade que o paciente poderia usufruir, no papel substitutivo à família que os profissionais exerciam quando o usuário entrava numa situação de surto.

Também por um estudo de caso realizado em um Caps numa pequena cidade pernambucana entre 2013 e 2014, Valquíria Barbosa, Sandra Caponi e Marta Verdi (2018) abordam as interações entre os profissionais, os usuários, os familiares dos pacientes e o território adjacente. As autoras observam que o cuidado ofertado consistia, primordialmente, no tratamento medicamentoso dos transtornos mentais (em sua maioria, depressão, esquizofrenia e transtorno

afetivo bipolar). Essa medicamentalização dos transtornos corresponderia a uma estratégia de controle dos riscos de recidivas e de surtos psicóticos numa situação em que persiste a percepção estigmatizante da comunidade em relação a esses usuários. Essa estigmatização se reflete também na restrição, pelos familiares, da circulação desses pacientes, sobretudo, ao trajeto entre o Caps e o domicílio, "suas 'prisões de fim de semana'" (ibidem, p.181). Nesse sentido, as pesquisadoras apontam a emergência de uma nova forma de confinamento que deixou de se realizar pela internação hospitalar para se concretizar na retenção aos espaços domiciliar-ambulatorial, dada a impossibilidade do sujeito circular com independência e autonomia pelo território.

Em síntese, as pesquisas que se ocupam das performances da psiquiatria após a Reforma assinalam, especialmente, a redução da causa antipsiquiátrica à política pública antimanicomial, uma nova expansão social da psiquiatria e o caráter ainda de controle social dos Caps. Essa generalização da psiquiatria sobre novos objetos se realizou também a partir de um paradigma epistemológico que se reestabelece[7] nos anos 1980: as neurociências e sua compreensão dos fenômenos da psique humana a partir das funções moleculares e sinápticas do cérebro.

O cérebro em pauta: neurociências, sujeito cerebral e neurodiversidade

Nas últimas décadas do século XX, consolidou-se uma área de conhecimento que foi fundamental no desenvolvimento da psiquiatria biológica contemporânea: as neurociências (Rose, 2003, p.57).

---

7 Conforme visto no capítulo anterior, um discurso sobre um "corpo neurológico" (um substrato neurológico que permitiria a compreensão dos comportamentos humanos) já se manifestara na psiquiatria do final do século XIX por meio de técnicas de estímulos que permitiam ao médico distinguir doenças decorrentes de pressupostas lesões anatômicas das simulações de loucura (Foucault, 2006a).

Tendo como objetivo de estudo a compreensão dos fenômenos moleculares, celulares e anatômicos do cérebro, as pesquisas nesse campo se desenvolvem, principalmente, graças a testes medicamentosos e pelo uso de tecnologias de computação e de imagem que permitem a análise *in vivo* do órgão (como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética, o PET Scan,[8] a espectroscopia cerebral.)[9]

Na psiquiatria, por meio dessa perspectiva, qualquer transtorno mental passa a ser concebido como resultado do funcionamento fisiológico do cérebro, desconsiderando – como fator etiológico fundamental – as experiências sociais, os aspectos familiares, as histórias de vida do sujeito (então privilegiados na psiquiatria de influência psicanalítica, anteriormente preponderante). Nessa biologização da psique, a indústria farmacêutica encontra também seu principal fundamento para a produção de medicamentos psiquiátricos: se as falhas e os déficits em neurotransmissores (a serotonina, a dopamina, a endorfina, entre outros) são a hipótese causal prevalente para os transtornos, os psicofármacos (como os recaptadores de serotonina, entre eles, o conhecido Prozac, e os inibidores do ácido gama-aminobutírico, dos quais o mais popular é o Rivotril) seriam a terapêutica mais adequada (Caponi, 2007, p.349; Cortês, 2012, p.241; Rose, 2003, p.57; 2013, p.282).

Sucessos à parte, um caráter reducionista das neurociências no qual os afetos humanos são redutíveis à condição de epifenômeno bioquímico do cérebro vem sendo problematizado (Bezerra Jr., 2000). Numa perspectiva antropológica, Francisco Ortega e Fernando Vidal (2007) apontam, a partir da popularização das

8 Sigla para Positron Emission Tomography (Tomografia por Emissão de Pósitrons), o PET Scan é uma modalidade de diagnóstico por imagem que permite avaliar funções metabólicas do cérebro como fluxo do sangue, uso do oxigênio, distribuição de receptores sinápticos.

9 Método de mapeamento cerebral que consiste em uma espectroscopia (a interpretação dos espectros de absorção de radiações eletromagnéticas) obtida pela projeção de raios vermelhos no cérebro que, absorvidos pela hemoglobina do sangue, podem indicar a região onde a atividade de neurônios seria mais intensa (por ser maior o fluxo sanguíneo).

neurociências no final do século XX, a emergência de um "sujeito cerebral":[10] noção que expressa a redução da pessoa ao cérebro, a limitação da identidade pessoal à identidade cerebral. Como modo social de objetivação do sujeito, esse discurso do "sujeito cerebral" descreve as crenças, os desejos e os comportamentos humanos graças a um vocabulário neuroquímico (sinapses, receptores, neurotransmissores).

Na cultura contemporânea, a entrada em cena do "sujeito cerebral" repercute em múltiplos âmbitos intelectuais, sociais e econômicos. Segundo Ortega e Vidal (2007, p.258), estaríamos na presença de uma "neurocultura", um conglomerado de culturas "neuro": de livros e filmes de ficção científica nos quais o cérebro é o personagem principal, passando pela criação de várias disciplinas "neuro" (neuroética, neuroeconomia, neuroeducação, neuropsicanálise, neuroteologia, entre outras), às práticas de publicidade orientadas pelo neuromarketing.

Ainda sobre esse viés reducionista das neurociências, Caponi (2007, p.344) traça um paralelo entre os discursos médico-higienistas do início do século XX e os enunciados neurocientíficos contemporâneos, evidenciando a presença, em ambos, de uma determinação biológica-ontológica da existência humana. Se o primeiro, em um determinismo biológico sem localização precisa, trazia uma ênfase no caráter orgânico e hereditário dos desvios (entre os quais, o alcoolismo, a melancolia, a infância problemática); o segundo apresenta, hoje, uma limitação das emoções humanas a um determinismo biológico-cerebral (sinapses inadequadas ou deficiências de neurotransmissores).

10 Em 2004, o sociólogo francês Alain Ehrenberg (2009) e, em 2005, o próprio psicólogo argentino Fernando Vidal (2011) já utilizavam esse termo com denotação semelhante a trazida aqui por Ortega e Vidal. Os autores (Ortega; Vidal, 2007, p.258) se referem também à influência, nessa conceituação de "sujeito cerebral", da noção cunhada pelo sociólogo britânico Nikolas Rose (2003) de "*self* neuroquímico": a concepção de indivíduo graças a um referencial biomédico molecular e à intervenção psicofarmacológica.

Focalizando a circulação e divulgação do discurso neurocientífico (em publicações acadêmicas, peças publicitárias de laboratórios farmacêuticos, livros de popularização científica, reportagens e livros infantis tendo neurônios como personagens), Rogério Azize (2008a; 2008b; 2010) busca analisar a noção de pessoa que se manifesta nesse campo da ciência. Apontando também um reducionismo neuronal e referindo igualmente à noção de "sujeito cerebral", o autor destaca que, nesse discurso, a identidade pessoal (e suas particularidades racionais, emotivas e criativas) se apresenta circunscrita ao cérebro enquanto órgão da personalidade, hierarquicamente autônomo e responsável pelo corpo e mente do indivíduo.

Azize (2008a, p.14; 2008b, p.8) sublinha ainda que essa perspectiva cerebralista da experiência humana reflete certos princípios morais valorizados no contemporâneo: o cérebro gosta de desafios, deve ser otimizado, é plástico. Para o autor, dessa concepção física-moral do cérebro resulta a utilização de psicofármacos como tecnologia de aprimoramento do sujeito, de otimização do indivíduo para suas atividades e funções (como na melhora dos níveis de atenção e na redução do estresse) e não necessariamente para tratamento de patologias.

Em relação aos efeitos políticos e subjetivos das neurociências, Ortega analisa ainda dois fenômenos decorrentes do estabelecimento cultural dessa figura antropológica do "sujeito cerebral". Em um primeiro trabalho, tratando das novas formas de sociabilidades desenvolvidas em consequência da disseminação do saber neuro, Ortega (2008) examina o movimento estadunidense da neurodiversidade. Graças a movimento, autistas de alto funcionamento (diagnosticados com as formas mais brandas do transtorno, como a síndrome de Asperger)[11] reivindicam uma nova visibilidade a essa patologia: o autismo não como uma doença que deve ser tratada, mas como uma diferença humana, uma rede atípica de conexões

11 Uma das classificações diagnósticas do espectro do autismo, na síndrome de Asperger, o sujeito caracteriza-se geralmente por apresentar inteligência média ou acima da média.

neuronais que deve ser respeitada como as outras diferenças (sexuais, étnicas, entre outras).

Frente a esse movimento, outro se organiza, também fundamentado na neurociência: os grupos de pais e familiares de autistas. Para esses, o autismo deve ser considerado uma doença e a posição retórica anticura dos defensores da neurodiversidade pode dificultar o financiamento de novas pesquisas sobre o transtorno e limitar o acesso, em serviços públicos e em planos privados de saúde, a tratamentos e a terapias para seus entes. Para Ortega (ibidem), os dois grupos comungam de uma mesma perspectiva cerebralista do autismo. O que está em questão é o estatuto ontológico da referida condição: ser autista, uma "neuroidentidade" (ibidem, p.487), o cérebro como marca identitária, ou ter autismo, forma de subjetivação dessa presumida irregularidade de conexões sinápticas como patologia.

Em suma, expandindo a noção de "biossociabilidade" concebida pelo antropólogo estadunidense Paul Rabinow (1991),[12] Ortega (2008, p.490) analisa ambos os movimentos em torno do autismo como redes de "neurossociabilidade": a formação de redes societárias tendo o cérebro como critério biossocial de agrupamento (e não apenas os parâmetros de classe, etnia ou orientação política). Entre tais grupos neurossociais, o autor destaca as associações de portadores de doenças neurodegenerativas e seus familiares, as reuniões de indivíduos em práticas de performances do raciocínio e da memória, as neurocomunidades na internet nas quais os usuários se agregam para troca de informações sobre jogos cerebrais, vitaminas e suportes alimentares que podem aprimorar o desempenho do cérebro. Todavia, a respeito dessa "neurossociabilidade" pode-se indagar sobre seu caráter ainda não generalizado, restrito a âmbitos relacionados

12 Analisando as implicações socioculturais e políticas do projeto de mapeamento do DNA humano, o genoma, Rabinow (1991, p.88) constrói a noção de biossociabilidade para se referir aos impactos das tecnologias biológicas (em particular, os avanços da genética) nos processos de formação de identidades e de grupos (constituídos a partir de doenças relacionadas a um mesmo cromossomo ou por realizarem terapias semelhantes).

a patologias e a grupos sociais circunscritos (mesmo no interior do mundo *on-line*).

Também nessa conjuntura da neurocultura, Ortega (2009) realiza uma genealogia das práticas de si cerebrais, dos métodos que o indivíduo pode dispor para aperfeiçoar suas capacidades cerebrais. Dentre essas "práticas neuroascéticas" (ibidem, p.254), o autor destaca: a) a literatura de autoajuda cerebral (estudos de neurocientistas sobre prevenção da caducidade e da demência mental e livros de autoajuda tradicionais que, agora revestidos de uma linguagem neurocientífica, prometem até mesmo conectar o cérebro com a mente cósmica-divina!), b) os exercícios de neuroascese (as técnicas *fitness* para memória e raciocínio como testes lógicos, visuais e verbais).

Com base em Foucault (2008a; 2008b) e semelhante à análise de Passetti (2012) referida no subtítulo anterior, Ortega interpreta tais discursos e práticas de potencialização das funções do cérebro como parte de uma governamentalidade neoliberal na qual indivíduos ativos e empreendedores podem maximizar suas habilidades e capacidades como forma de incrementar seu capital humano, a fim de alcançar as demandas do mercado. Chama a atenção, contudo, Ortega não inserir o uso não terapêutico de psicofármacos (por exemplo, os que contribuem na melhora da atenção como a Ritalina) nas práticas neuroascéticas.[13]

Enfim, os trabalhos aqui citados referem-se a uma disseminação dos discursos das neurociências que veiculam o ideário reducionista do "sujeito cerebral", presente nas mais diversas manifestações socioculturais: de *best-sellers* de autoajuda aos programas de TV, atravessando os processos de formação identitária e societária.

---

13 Abordo os trabalhos que tratam do emprego do psicofármaco nessa perspectiva de autodesenvolvimento intelectual e profissional no item "Psicofármacos ou o panóptico em pílulas" deste capítulo.

Classificando as desordens: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e as categorias de diagnóstico psiquiátrico

Em sua quinta edição, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais (DSM) organizado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) representa, como mencionei na Introdução, o modelo hegemônico de diagnose na psiquiatria biológica contemporânea (Bezerra Jr., 2010, p.122; Caponi, 2014, p.759). Além de ser a principal referência da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a catalogação de desordens mentais na sua Classificação Internacional de Doenças (CID) (Burkle, 2009), o DSM orienta, graças à categorização de sintomas e à padronização de critérios diagnósticos, a prática médico-psiquiátrica e as pesquisas em todo o planeta (Ferreira, J., 2014, p.2; Mitjavila, Gomes Mathes, 2013, p.83; Corbanezi, 2015, p.112; Barbarini, 2011, p.95).

Em sua primeira publicação em 1952, o DSM-I trouxe 106 categorias diagnósticas; o DSM-II, de 1968, exibiu 182; publicado em 1980, o DSM-III apresentou 265 patologias e sua revisão, em 1987, ampliou para 292 o número de entidades diagnósticas; o DSM-IV, editado em 1994, trouxe 297; a última edição, de 2013, o DSM-5, traz mais de 400 categorias patológicas (Birman, 2014, p.33; Corbanezi, 2018b, p.17).

Abandonando um viés psicanalítico centrado na narrativa dos pacientes, nas suas experiências de vida e numa etiologia psicossocial (característica das duas primeiras edições do manual), o DSM-III consolidou a perspectiva neurobiológica na psiquiatria ao conceber as patologias a partir da hipótese de desequilíbrios quantitativos de neurotransmissores e orientar, como intervenção terapêutica, a prescrição de psicofármacos de ação neuromolecular.[14] A atual edição (DSM-5) atesta a permanência, ainda, dessa concepção neurobiológica logo em seu prefácio ao apontar, como primeiro elemento de

---

14 Volto à questão do DSM-III no próximo capítulo, no item "A 'Bíblia' da psiquiatria se fez mais presente entre nós".

fundamento dos distúrbios psiquiátricos, os circuitos neurais, seguidos da vulnerabilidade genética e das exposições ambientais comuns (APA, 2014, p.xlii).

Em termos gerais, um primeiro ponto problematizado em relação às últimas edições do DSM se refere às fragilidades epistemológicas de suas categorizações. Para Caponi (2009a, p.137), ainda que o DSM-IV traga latente a causalidade neuroquímica das patologias mentais, não existem marcadores biológicos (como exames laboratoriais ou imagens cerebrais) que comprovem efetivamente tal etiologia. Diante da ausência de um marcador biológico confiável, a própria terapia medicamentosa constitui a explicação causal das enfermidades mentais: se o uso de um psicofármaco de ação neuroquímica leva à diminuição ou remissão dos sintomas, comprova-se a hipótese de disfunção em neurotransmissores (idem, 2009b, p.335). A partir das elaborações do sociólogo francês Philippe Pignarre, Caponi (2009a, p.140) compreende essa inversão da cadeia causal – na qual a terapêutica (o psicofármaco) cumpre a função de marcador biológico que permite identificar o agente etiológico da patologia – como manifestação da *petite biologie*.[15]

Outro aspecto de debilidade epistemológica salientado por Caponi (2009b, p.232-3) situa-se nos critérios diagnósticos apresentados pelo DSM-IV. Primeiro, a análise de comportamentos, emoções e sofrimentos que podem se apresentar como possíveis sintomas de patologias é proposta ignorando-se, em cada caso específico, as demandas do meio social no qual o sujeito se insere (seja o desemprego, o assédio moral no trabalho, o abandono parental ou o isolamento social). Em segundo lugar, a frequência de sintomas que permitem ao clínico estabelecer um diagnóstico é determinada por consenso

15 Philippe Pignarre (2001; 2012) descreve como "biologia menor" esta biologia da psiquiatria contemporânea referente aos receptores neuroquímicos. Numa causalidade fora do lugar, o mecanismo de ação do tratamento farmacológico funciona como a explicação etiológica das patologias psiquiátricas. Ainda que apresente tal inconsistência epistemológica, essa "biologia menor" fundamenta a produção de novos psicofármacos a partir da manipulação de moléculas que supostamente agem em determinados neurotransmissores.

pelos psiquiatras da APA a partir do que consideram socialmente desejável e do que se estabelece como estatisticamente normal. Para Caponi (2012a, p.116), esse recurso à estatística, como instrumento de avaliação clínica pretensamente mais objetivo, relaciona-se à ausência na psiquiatria de parâmetros de validação dos diagnósticos (como a localização de lesões orgânicas ou os mencionados marcadores biológicos, comuns às demais áreas da medicina). Por fim, uma terceira vulnerabilidade epistemológica situa-se na identificação de comportamentos de riscos com a definição de formas brandas de transtornos. Como exemplo, Caponi (2009b, p.333) faz alusão aos sentimentos de frustração ou de culpa na diagnose da depressão. Tais emoções são, concomitantemente, condição de possibilidade, indicador de risco e critério para o diagnóstico de depressão leve.

Uma segunda questão ressaltada nas análises sobre o DSM remete às funções securitárias da atual edição. Durante a produção e logo após a publicação do DSM-5, Allan Frances (psiquiatra que chefiou a força tarefa de elaboração do DSM-IV) censurava a antecipação de riscos (de desenvolvimento de patologias mentais severas no futuro e de atos de violência contra si ou outros) presente no último manual (como na criação de novas patologias e na orientação para detecção precoce de doenças mentais em crianças). Explorando tal crítica, Caponi (2012a; 2014; 2018a) lembra que essa lógica securitária de prevenção de riscos já teria se estabelecido desde o DSM-III (na produção de novas categorias diagnósticas) e estava presente também no próprio DSM-IV (organizado por Frances). Nesse sentido e com base em Foucault (2008a), Caponi aborda as últimas edições do DSM como mecanismos biopolíticos de controle dos comportamentos rotineiros e dos descontentamentos cotidianos.

Como parte de uma estratégia biopolítica, o DSM-5 apresenta fronteiras porosas e pouco claras entre normalidade e anormalidade psíquica. Tal característica permite a psiquiatrização de condutas comuns (a tristeza, os pequenos esquecimentos, as explosões de raiva, os comportamentos sexuais, entre outros) por meio da construção de novas denominações diagnósticas e pelo estabelecimento de um limiar de diagnose mais baixo para patologias já existentes

(como na redução do período de luto no diagnóstico da depressão). Outra particularidade biopolítica das publicações mais recentes do manual é o já mencionado uso de médias populacionais e desvios estatísticos, associado a testes quantitativos e a *checklists* de sintomas, como estratégias presumidamente mais objetivas de avaliação clínica (Caponi, 2012a; 2014; 2018a).

Como última peculiaridade biopolítica, a identificação de pequenas anomalias, mínimos desvios de condutas, angústias habituais como indicadores de risco de uma patologia psiquiátrica crônica ou grave que estaria por vir. Tal papel de prevenção e antecipação de riscos ocupa um lugar de destaque no DSM-5: para cada categoria diagnóstica ou grupo de patologias, a atual edição do manual apresenta um subitem denominado "Fatores de risco e prognóstico". Atuando como dispositivo de segurança,[16] o DSM-5 atribui, então, a um mesmo conjunto de sintomas (como alterações de sono e de apetite, sentimento de culpa e tristeza, prostração), e independente do contexto no qual esses sofrimentos se manifestam, um idêntico diagnóstico e possibilidade de mesma prescrição psicofarmacológica. Para Caponi (2012a; 2014; 2018a), o DSM-5 se configura, enfim, como tecnologia biopolítica dessubjetivante (que exclui ou subordina as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida às explicações neurobiológicas) e despolitizante (na qual as demandas éticas e políticas são reduzidas ao campo do biológico).

Em uma série de trabalhos (Siqueira, 2009; 2011; Caponi, 2009b; 2012a; Giusti, Vieira, 2014; Corbanezi, 2015; Mitjavila, 2015) se sobressai também o tema da substituição, nos três últimos DSM, do conceito de "doença mental" (*mental illness*) pela noção de

16 Os dispositivos de segurança como mecanismos de governo das populações emergem no século XIX: a) na organização dos espaços de segurança, como no planejamento da cidade em função do seu meio geográfico, natural e artificial e em vista do seu desenvolvimento futuro, objetivando a maximização dos elementos positivos como a circulação de mercadorias, dos miasmas e a minimização dos negativos, como riscos de saques (Foucault, 2008a, p.24-6); b) pelo governo dos fenômenos aleatórios de uma população, como na gestão da fome e da escassez de grãos (ibidem, p.55); c) no controle das doenças, como a varíola (ibidem, p.81).

"transtorno mental" (*mental disorder*) em virtude da já citada ausência de marcadores neurobiológicos factuais na maioria dos distúrbios psíquicos. Ainda que figure no título desde a primeira edição, a definição operatória de transtorno mental é apresentada somente a partir do DSM-III como disfunções comportamentais, psicológicas ou biológicas que acarretam sofrimentos e incapacitações em áreas importantes da existência (como trabalho e convívio familiar).[17]

Desde então, graças à criação de novas categorias em cada edição ou revisão do referido manual, essa concepção abrangente e pouca específica de transtorno permite patologizar um universo cada vez maior de comportamentos cotidianos e emoções corriqueiras. Assim, os medos se tornaram transtornos fóbicos, as angústias diante dos novos desafios viraram transtornos de ansiedade, os comportamentos repetitivos se transformaram em transtornos obsessivo-compulsivos, as dificuldades escolares de crianças se converteram em transtornos de déficit de atenção, a birra de crianças virou transtorno de oposição desafiante, a tensão pré-menstrual se tornou transtorno disfórico pré-menstrual (Siqueira, 2009, p.30-1).

Especificamente em relação às categorias psiquiátricas, os trabalhos aqui analisados abordam os transtornos depressivos (TD), os transtornos obsessivo-compulsivos (TOC), o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), o transtorno de oposição desafiante (TOD), o transtorno de conduta (TC) e o transtorno de personalidade antissocial (TPAS).[18]

Examinando como as fragilidades epistemológicas apontadas sobre o DSM-IV repercutem, de maneira especial, nos diagnósticos de depressão, Caponi (2009a; 2009b) observa que é o antidepressivo que articula a explicação etiológica da patologia (conforme a perspectiva da "biologia menor", anteriormente mencionada, que se manifesta na psiquiatria contemporânea). Assinala ainda que os

17 Retomo essa discussão no Capítulo 4, item "Transtornando as possibilidades de perda de capital humano".

18 Os trabalhos e problematizações referentes ao TDAH, TOD, TC e ao TPAS serão tratados nos próximos subitens dadas suas inter-relações com o fenômeno da psiquiatrização da infância e com a psiquiatria legal.

parâmetros para o diagnóstico de transtornos depressivos fazem referência a sintomas genéricos de sujeitos indefinidos: velhos ou jovens, pobres ou ricos, desempregados ou executivos, homens ou mulheres, independentemente do meio social no qual os sofrimentos e as angústias se manifestam.

Por sua vez, Corbanezi (2015; 2018a) procura analisar – a partir do quadro analítico de Foucault (1995; 2008a; 2008b) – a função política de governo de condutas que se depreende da articulação da noção de saúde mental com a concepção de depressão presente nas últimas duas edições do DSM. Operacionalizada pela psiquiatria atual e promovida pela OMS, a ideia de saúde mental não se restringe às patologias e anormalidades psíquicas. Relacionando-se com a produção do bem-estar, tal noção se dirige à própria normalidade com a finalidade de prevenção e potencialização da saúde psíquica. Numa perspectiva genealógica, Corbanezi (2015) assinala a proveniência desse discurso de saúde mental a partir do estabelecimento do conceito de anomalia na psiquiatria da segunda metade do século XIX (Foucault, 2010a) – como visto no capítulo anterior –, da organização da psiquiatria comunitária e do desenvolvimento da psicofarmacologia, esses dois últimos acontecimentos nos anos 1950.

Mesmo que mobilize o mercado das terapias "psi" e a indústria farmacêutica, a depressão simboliza, para Corbanezi (2015, p.152), a experiência antinormativa do atual imperativo neoliberal de investimento em capital humano: corpos indisciplinados (incapacitados, desmotivados, lentos) e riscos à dinâmica populacional (pela improdutividade decorrente, custos de tratamentos, suicídios). Para o autor, num contexto social que incita a promoção da saúde mental, a ramificação e a flexibilização das categorias de transtornos depressivos nos referidos DSM correspondem a uma estratégia biopolítica de desenvolvimento do capital humano. Assim, pela observação de sintomas relacionados a adversidades ou prejuízos na vida profissional, social e afetiva (muitos dos quais comuns à existência cotidiana), pode-se chegar ao diagnóstico de algum dos vinte transtornos depressivos descritos no DSM-5 (do leve ao

grave, passando pela inespecífica e abrangente categoria de "transtorno depressivo não especificado").

A intervenção psiquiátrica permitiria, dessa maneira, tanto a otimização da normalidade mental como o reestabelecimento psíquico do indivíduo (que impactaria na sua produtividade, criatividade, resiliência, inteligência, afetividade – fontes de valor no capitalismo contemporâneo). Nessa perspectiva, o consumo de psicofármacos se configura como forma de investimento em capital humano, já "que seu uso pode estimular capacidades, se não inexistentes, ao menos latentes" (Corbanezi, 2015, p.145).

Em relação à designada "epidemia depressiva" tão propagada pela mídia (Soares, G., 2009), Caponi (2009a; 2009b) interpreta a multiplicação dos diagnósticos de depressão a partir das já mencionadas debilidades epistemológicas presentes na descrição dessa patologia no DSM-IV (tais como a referida ausência de marcadores biológicos confiáveis e a compreensão de inúmeras emoções e frustrações cotidianas como riscos ou sintomas de algum transtorno depressivo).

De maneira semelhante, Corbanezi (2015; 2018a) considera essa proliferação de sujeitos diagnosticados com depressão como resultado da ampliação e subdivisão, a partir da terceira edição do DSM, dos tipos de transtornos depressivos que, circulando em torno da patologia principal (o transtorno depressivo maior), tangenciam a normalidade, capturando manifestações tênues e localizadas de sofrimentos que possam causar perdas em termos de capital humano. Por conseguinte, a ideia de "epidemia depressiva" deriva dessa psiquiatriazação de sofrimentos mais brandos como estratégia de produção e manutenção de certas condutas caras ao neoliberalismo (idem, 2018a, p.350).

Com base na psicodinâmica do trabalho elaborada pelo psicanalista francês Christophe Dejours (1992; 2008),[19] Luciano Pereira

19 Por meio da abordagem desenvolvida por Dejours (1992; 2008), procura-se analisar as situações geradoras de sofrimento que se relacionam diretamente à organização do trabalho, entre as quais a separação empregado-ser humano

(2010; 2011) compreende, em perspectiva distinta, esse crescimento do número de diagnósticos de depressão como o resultado (numa relação não monocausal) das transformações do trabalho no mundo pós-fordista. Caracterizado pela mobilização das subjetividades (em suas competências cognitivas, comunicacionais e afetivas), ampliação da carga de labor (mesmo com a diminuição da jornada de trabalho), metas elevadas de qualidade e de produtividade, o trabalho pós-fordista implicaria em novos tipos de sofrimento. Suicídios e mortes súbitas nos locais de trabalho (como consequência extrema da intensificação do trabalho), fadiga e esgotamento profissional, aumento dos casos de assédio moral, de acidentes de trabalho, de lesões por esforços repetitivos (LER) e de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) seriam algumas expressões de martírio nessa atual configuração do trabalho.

Para L. Pereira (2010; 2011), essas novas formas de sofrimento social – invisibilizadas como psicopatologias *do* e *no* trabalho – são, então, capturadas como transtornos depressivos e superexpostos na mídia como a tal "epidemia depressiva". Entretanto, uma questão não desenvolvida pelo autor é quanto o aumento do consumo de psicofármacos nessa ampliação de diagnósticos de depressão se vincula também ao desejo dos próprios sujeitos por esse expediente para se adequarem a essas novas exigências normativas do trabalho pós-fordista (produzindo mais e com menor estafa mental e física).

Um último aspecto que se destaca nos trabalhos examinados que tratam dos transtornos de depressão (TD) diz respeito às terapias complementares e/ou alternativas ao modelo biomédico: as práticas corporais que abrangem uma visão ampliada de saúde física e mental. Por meio de entrevistas e análise de narrativas biográficas, Vanilda Oliveira (2015) examina o itinerário terapêutico de sete mulheres e três homens diagnosticados com depressão a fim de compreender

(o sujeito dentro e fora do expediente), os efeitos das funções sobre as subjetividades dos indivíduos, as formas de defesa e confronto assumidas pelos trabalhadores à determinada conformação do trabalho.

os sentidos atribuídos por esses sujeitos aos tratamentos buscados para remissão do sofrimento.[20]

Segundo a autora, esses pacientes chegaram às terapias holísticas e energéticas (como reiki, florais de Bach, acupuntura, terapias de vidas passadas, homeopatia, entre outras) após momentos de falhas nos mecanismos de alívio do sofrimento fornecido pelo tratamento psiquiátrico tradicional. Tais terapias alternativas, ainda que compartilhem da mesma lógica de mercado dos tratamentos biomédicos, promoveriam uma maior implicação do sujeito – se comparada à simples prescrição e orientação de uso de psicofármacos – nos processos de governo de si e de regulação de suas emoções: cuidados na alimentação; perdoar-se a si e aos outros; reconhecer e evitar pessoas, sentimentos e pensamentos negativos; entre outras técnicas. Todavia, a autora não traz uma análise crítica das terapias holísticas como fez em relação à psiquiatria biológica contemporânea e não desenvolve uma investigação da possível característica de resistência e de oposição dessas terapias em relação às práticas psiquiátricas tradicionais.

Partindo da consolidação do discurso da saúde mental – apontado igualmente por Corbanezi (2015; 2018b) –, do referencial deleuziano sobre o advento de uma sociedade de controle (Deleuze, 1992) e da propagação, por conseguinte, de tecnologias de poder a céu aberto (não mais, somente, os mecanismos institucional-disciplinares), Leandro Siqueira (2009; 2010; 2011) se propõe a problematizar a emergência dos transtornos obsessivo-compulsivos nos anos 1990. Com base nesse quadro contextual, o autor analisa como a psiquiatria neurobiológica se incumbe de processos de psiquiatrização de certos comportamentos tidos como obsessivos ou compulsivos (ações consideradas repetitivas, excessivas, descontroladas

20 V. Oliveira (2015, p.18, p.103 e p.104) justifica o recorte de gênero com base em dados epidemiológicos: as mulheres seriam duas vezes mais diagnosticadas com depressão de que os homens, apresentariam sintomas do transtorno em idade mais jovem e por isso sofreriam mais prejuízos com a cronicidade da depressão.

nos atos costumeiros de comprar, fazer sexo, alimentar-se, usar a internet, entre outros).

Fundamentando-se em Foucault (2008b) e de maneira similar a outras pesquisas examinadas (Caponi, 2012a; 2014; 2018a; Corbanezi, 2015; 2018a; Ortega, 2009; Passetti, 2012), Siqueira compreende a patologização desses hábitos como parte de uma estratégia de governamentalidade neoliberal. Nessa racionalidade de governo na qual o sujeito é instigado a se autoconduzir (em vistas da manutenção ou crescimento de seu capital humano) como o "empresário de si mesmo" (Foucault, 2008b, p.311), as compulsões-obsessões são consideradas, por suas características de irracionalidade e excesso, disfunções no agir econômico do sujeito-empresa que comprometem o desempenho profissional e pessoal dos indivíduos.

Desse modo, a patologização psiquiátrica desses comportamentos intervém sobre a própria normalidade através de fluxos de reforços positivos e de incentivos ao autocontrole dos indivíduos frente às sensações de liberdade (poder comprar, poder gozar, poder comer, poder usar), características das sociedades de controle. Demandado pelo próprio sujeito na produção de sua saúde mental e no aperfeiçoamento de suas potencialidades em termos de capital humano, o psicofármaco funciona, nessa perspectiva, como mecanismo de "normalização do normal" (Siqueira, 2009, p.159), contendo neuroquimicamente a angústia, o impulso, a ansiedade.

Em resumo, as análises que discutem o DSM trazem apontamentos sobre as fragilidades epistemológicas na etiologia dos transtornos mentais e na catalogação dos sintomas diagnósticos presentes nas últimas versões desse manual psiquiátrico. Problematizam também a substituição da ideia de doença mental pela de transtorno mental e a psiquiatrização de comportamentos rotineiros decorrentes da consolidação dessa última noção (na ramificação dos transtornos depressivos e na emergência dos transtornos obsessivo-compulsivos). Por fim, realizam uma crítica política à psiquiatria como mecanismo securitário de prevenção de riscos e como tecnologia contemporânea de governo dos sujeitos. Contudo, mesmo destacando a neuropsiquiatrização dos descontentamentos cotidianos como estratégia de

governo das condutas, é preciso ressaltar que as pesquisas examinadas não se ocupam das possibilidades de contraposição e das experiências de resistência a tais intervenções políticas da psiquiatria.

Infância psiquiatrizada: "Deixai vir a mim as criancinhas"

A psiquiatrização da criança e da educação infantil não é um fenômeno recente, como talvez possa figurar dada a visibilidade midiática e acadêmica dessa questão.[21] Nos citados cursos *O poder psiquiátrico* e *Os anormais* Foucault (2006a; 2010a) já havia descrito a captura da criança e da família numa trama discursiva alienista ainda no início do século XIX, e a consolidação da criança (como portadora de estigmas hereditários dos ascendentes) como objeto de inquérito na psiquiatria da degenerescência em meados do século XIX. Da mesma forma, Donzelot (1986) já detalhara a constituição das subespecialidades da psiquiatria infantil entre o final do século XIX e início do XX e da neuropsiquiatria infantil no período entre guerras do século XX. Nessas psiquiatrias, a criança despontava como o objeto de táticas de prevenção contra anomalias, perversidades e desvios sociais que pudessem se desenvolver no adulto. Donzelot (ibidem, p.121) assinala também que a escola funcionava, nessa conjuntura, como laboratório de observação de tendências antissociais, como espaço de pré-triagem e tratamento prévio dos futuros "incapazes militares, doentes mentais, instáveis profissionais".

Um primeiro aspecto que se manifesta nas pesquisas sociológicas atuais que tratam das relações entre psiquiatria e infância se

21 Em outubro de 2019, uma rápida pesquisa no site de busca Google pelos termos "medicalização da educação", "medicalização da criança" e "medicalização da infância" apresentou, respectivamente, 205 mil, 125 mil e 95 mil resultados. No catálogo de teses da Capes, a pesquisa pelos descritores mencionados trouxe mais de 1,1 milhão resultados.

refere a um redimensionamento no conceito de transtorno mental: a compreensão de que as disfunções psíquicas se desenvolvem e se agravam no decorrer da vida, da infância até à idade adulta (Caponi, 2016, p.30). Com essa reconfiguração na noção patológica de transtorno ocorrida na passagem do século XX para o XXI, a psiquiatria da infância passa a se designar psiquiatria do desenvolvimento da infância e da adolescência (Oliveira, S., 2011b; 2012).

Dessa concepção de distúrbios mentais que se desenrolam desde idade pueril decorre o caráter preventivo da psiquiatria do desenvolvimento, que se manifesta na atenção aos primeiros anos de vida e na ênfase à identificação precoce de patologias mentais em crianças (idem, 2011d, p.40). Presente no DSM desde sua terceira edição (com a multiplicação de categorias diagnósticas de transtornos da infância), essa lógica profilática da psiquiatria do desenvolvimento atravessa inteiramente o DSM-5 (Caponi, 2018a, p.101). Nessa última edição, o manual traz, para todo e qualquer transtorno mental, orientações para o diagnóstico já nos primeiros anos de vida: cada categoria diagnóstica apresenta um item, denominado "Desenvolvimento e curso", no qual a eclosão da patologia pode ser situada na infância ou na adolescência.

O DSM-5 consolida também o rompimento das fronteiras entre adultos e crianças: as patologias da infância agora podem ser diagnosticadas em adultos e, inversamente, os transtornos de adultos podem ser identificados em crianças (idem, 2016, p.31). Tal perspectiva de prevenção e detecção cada vez mais precoce de patologias mentais (como garantia da eficácia terapêutica) do DSM-5 resulta em uma presença cada vez mais naturalizada da psiquiatria (Oliveira, S. 2011a; 2011c) e na ampliação da psiquiatrização da infância (Caponi, 2016; 2018b).

Por meio de uma problematização histórico-política de orientação foucaultiana, Salete Oliveira (2011b; 2011d; 2012) examina programas de prevenção de patologias psíquicas na infância implantados no Brasil a partir dos paradigmas da psiquiatria do desenvolvimento e das neurociências. Tendo como parceira as unidades escolares e por objeto crianças e adolescentes, o Projeto Atenção

Brasil[22] e o Projeto Prevenção[23] visam analisar e estimular a produção da resiliência (como a capacidade em adiar recompensas) como fator profilático ao desenvolvimento de transtornos mentais na infância e na vida adulta. Salete Oliveira (2011b, p.85) considera tal noção de resiliência como mecanismo de promoção do conformismo e da obediência em crianças e jovens: "Resilientes são aqueles que tudo suportam, toleram e acolhem". Dessa forma, tais projetos corresponderiam a novas formas sutis de governo da infância a partir das lógicas de gestão de riscos, de desenvolvimento da saúde psíquica como capital humano e, no limite, de apaziguamento de devires insurgentes nos jovens.

Em relação às denominadas patologias mentais da infância, o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDAH) é a principal categoria problematizada na sociologia brasileira contemporânea. Definido pelo DSM-5 como transtorno do neurodesenvolvimento que acomete crianças, adolescentes e adultos, o TDAH é fundamentado em uma hipótese etiológica relacionada a falhas em neurotransmissores responsáveis por funções de atenção, concentração e controle dos comportamentos e apresenta, como principais sintomas, a desatenção, a desorganização, a hiperatividade e a impulsividade (APA, 2014, p.32). Por causa da intensidade da manifestação desses sintomas, o TDAH acarreta, frequentemente, prejuízos à criança em suas atividades cotidianas escolares e relacionais (como a dificuldade em se concentrar

22 Realizado em 2009 pelo instituto privado Glia (uma empresa de consultoria em neurociências aplicadas à educação), esse projeto procurou identificar, por meio de medições de comportamentos e hábitos, os fatores de proteção e de risco no desenvolvimento da saúde mental de crianças e jovens de 87 cidades de 18 estados brasileiros a partir de informações de pais, professores e de outros profissionais das áreas de saúde e educação.

23 Capitaneado pelo Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (INPD) da Universidade de São Paulo (USP), o projeto tem por objetivo analisar – por meio de entrevistas com familiares, avaliações neurológica e fonoaudiológica e por exames de ressonância magnética – o desenvolvimento de riscos para transtornos de saúde mental em crianças de 6 a 12 anos de escolas estaduais de São Paulo e Rio Grande do Sul.

em atividades, a perda constante de materiais, a intromissão em atividades alheias e a incapacidade de esperar). Tal patologia se materializa numa categoria nosológica e se difunde a partir do DSM-III de 1980 (ainda como Distúrbio de Déficit de Atenção, DDA, classificação na qual a hiperatividade não era ainda o sinal fundamental do transtorno, mas apenas uma variável sintomática). No Brasil, o TDAH se populariza na virada dos anos 1990 para os 2000 (Barbarini, 2016, p.85-6).

Retomando as críticas a um reducionismo epistemológico nas neurociências (referido anteriormente), Fabíola Brzozowski e Sandra Caponi (2012) propõem uma reflexão sobre o TDAH como caso emblemático de restrição de comportamentos humanos complexos a processos cerebrais (neurotransmissores e funções neuronais). Para as autoras, a compreensão neurobiológica do TDAH trazida nas últimas três edições do DSM desconsidera outros possíveis fatores etiológicos oriundos do meio social no qual a criança vive (como a subnutrição) (ibidem, p.957). Segundo as autoras, a categoria TDAH permite ainda patologizar condutas escolares socialmente indesejadas (a indisciplina, as notas baixas, os palavrões, a desobediência às regras), proporcionando uma solução psiquiátrica a tais comportamentos infantis considerados transgressores.

Por meio de pesquisa qualitativa (envolvendo observações em nove escolas públicas e privadas catarinenses e entrevistas semiestruturadas com professores e outros profissionais escolares), Karina Giusti (2016a; 2016b) assinala que a psiquiatrização da infância reduz questões pedagógicas a particularidades biológicas individuais. Em estudo também qualitativo (em escolas e em ambulatório de psiquiatria infantil paulistas), Tatiana Barbarini (2011; 2014; 2016) compreende, de forma correlata, o TDAH como entidade nosológica definida a partir de uma epistemologia na qual o cérebro é concebido como o motor do agir humano. Nessa epistemologia que legitima a hierarquia do saber médico frente ao desconhecimento e, por conseguinte, dependência do leigo, o TDAH se manifesta como categoria genérica e a-histórica que acaba por eclipsar as relações socioculturais nas quais o indivíduo se insere.

De maneira geral, Barbarini (2011, 2014, 2016), Brzozowski e Caponi (2010; 2012) e Giusti (2016a; 2016b) apontam para uma popularização, no meio escolar, do discurso neuropsiquiátrico sobre as "doenças do não aprender" e as "patologias do não comportar" (Giusti, 2016b, p.19). Presencia-se na escola, assim, um uso indiscriminado do termo hiperativo para qualquer criança que apresente uma agitação perturbadora ou dificuldades de aprendizagem. Nesse contexto, por meio das noções de estigma de Goffman,[24] de desvio do sociólogo estadunidense Howard Becker[25] e de medicalização do também sociólogo estadunidense Peter Conrad,[26] Barbarini (2016, p.118) argumenta que aquelas crianças que não se comportam na escola conforme o padrão pedagógico socialmente esperado (a realização de tarefas, o autocontrole e a atenção) são estigmatizadas, marcadas como desviantes e encaminhadas como supostos casos de TDAH aos especialistas médico-psiquiátricos. De modo equivalente, Brzozowski e Caponi (2010, p.219) assinalam que os comportamentos anormais de alunos (impulsividade, timidez, agressividade), outrora vistos como possíveis características da personalidade do indivíduo, são agora considerados sintomas de prováveis patologias neuropsiquiátricas.

Mais do que simples "imperialismo médico"[27] sobre as relações escolares, Barbarini (2011, p.112) e Giusti (2016a, p.212) ressaltam

24 De forma sintética, estigma é conceituado por Goffman (1988) como uma marca atribuída a sujeitos cujos atributos e condutas pessoais não condizem com a expectativa social que deles se espera.

25 Becker (2008) compreende desvio como uma característica de certos comportamentos que destoam das regras sociais que especificam algumas ações como certas e proíbem outras como erradas. Segundo o autor, é na interação social, entre a pessoa que comete um ato socialmente inadequado e aquelas que reagem a ele, que a qualidade de desvio de uma ação se manifesta.

26 Como mencionado na introdução, para Conrad (1992) o processo de medicalização consiste na patologização de fenômenos sociais – anteriormente não considerados questões médicas (como a infância, o envelhecimento, o sobrepeso) – e, consequentemente, a introdução de medicamentos como solução desses problemas.

27 A descrição do processo de medicalização como imperialismo médico (a colonização pela medicina, em ações verticalizadas e dissimuladas de cuidado, de

que a intervenção médica é também solicitada pelos professores, familiares e até pela própria criança. O objetivo dessa demanda é a identificação de um transtorno que abranja os comportamentos escolares considerados problemáticos e o oferecimento de uma solução médica, o psicofármaco – em especial, a Ritalina (o metilfenidato) (Barbarini, 2011, p 108; Giusti, 2016b, p.24).

Um aspecto problematizado em relação ao uso de psicofármacos é que tais medicamentos permitem um controle químico (Barbarini, 2011, p.115), uma regulação subjetiva (Giusti, 2016a, p.212), uma normalização neuromolecular (Brzozowski; Caponi, 2012, p.954) das crianças, suas emoções e suas manifestações corporais. Tal ação do psicofármaco promove o controle e o silenciamento dos comportamentos tidos como inadequados e, por conseguinte, uma reinserção escolar dessas crianças mais próxima das expectativas normativas (obedientes, atentos e com melhor desempenho escolar). Assim, o psicofármaco é percebido por grande parte dos agentes escolares como "bala mágica" (ibidem, p.227), um instrumento médico – e não pedagógico ou político – de resolução de problemas que ocorrem no âmbito educacional (Giusti, 2016a, p.193).[28]

Fundamentando-se em Foucault (1985; 1987: 1999a), tanto Barbarini (2011, p.108) como Brzozowski e Caponi (2010, p.222) compreendem o diagnóstico de TDAH e a prescrição de psicofármacos como parte de uma estratégia disciplinar de produção de comportamentos dóceis e úteis nos alunos. Entre as táticas disciplinares que incidem sobre as crianças a partir do diagnóstico do TDAH, Barbarini (2011, p.104) elenca: o controle do tempo na administração do medicamento, a vigilância do aluno na escola e no lar, o interrogatório psiquiátrico dos pais e professores sobre a conduta dessa criança, o esquadrinhamento espacial da sala de aula nas orientações médicas

inúmeros aspectos sociais da vida) é desenvolvida inicialmente pelo pensador social Ivan Illich (1975, p.61).

28 O elevado índice de crianças diagnosticadas e medicalizadas em salas de aula com maior número de alunos, um dos achados trazidos por Giusti (2016b, p.32), é uma relevante evidência do ofuscamento dos fatores didáticos e organizacionais da escola pela psiquiatrização da infância.

aos professores para o posicionamento desse aluno (a pretexto de prevenção das distrações).

A relação TDAH-Ritalina também é decifrada na perspectiva biopolítica. Por um lado, a partir da pressuposta universalidade neurobiológica da etiologia do transtorno, o diagnóstico e tratamento do TDAH têm efeitos na existência humana, na factibilidade de potencialização generalizada do desempenho cognitivo-intelectual (idem, 2016, p.105). Por outro, a identificação precoce de transtornos mentais como o TDAH faz parte de uma lógica securitária de prevenção na qual medicalizar os comportamentos infantis seria uma forma de gerenciar riscos futuros (Giusti, 2016b, p.112). Por fim, Barbarini (2014, p.233) compreende ainda o diagnóstico e tratamento do TDAH como intervenção político-científica de constituição e retificação de sujeitos modelados para um projeto de sociedade neoliberal (na qual os indivíduos são impelidos às exigências de alta produtividade, elevada competitividade e ótimo desempenho cerebral-social).

Nesse sentido, Felipe Ponzio (2017) argumenta que o TDAH é o reflexo de uma lógica epistêmica própria ao neoliberalismo. Segundo o autor, como a intensidade de incidência da desatenção, hiperatividade e impulsividade (sintomas gerais do transtorno) acarretam prejuízos ao desempenho do aluno – logo, ao incremento de seu capital humano –, o diagnóstico e a terapêutica psiquiátrica do TDAH se configuram como ferramenta de produção e normalização, ainda na própria infância, de uma conduta mais próxima do ideal empreendedor (a execução eficaz e eficiente de atividades com foco e concentração).

Outras patologias psíquicas desenvolvidas na infância interrogadas pelos trabalhos aqui analisados são o transtorno de oposição desafiante (TOD) e o transtorno de conduta (TC). Ambos compõem o capítulo do DSM-5 sobre os "Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta", que classifica, em geral, os comportamentos marcados pela violação de direitos básicos de outras pessoas ou a quebra de regras sociais. O TOD é identificável pelo humor irritadiço, pelas atitudes hostis ou questionadoras frente a figuras

de autoridade (pais e professores) que acarretam impactos negativos ao contexto familiar e escolar da criança (APA, 2014, p.462). Por sua vez, o TC é considerado uma patologia mais grave por se caracterizar por comportamentos dissimulatórios, agressão a pessoas e animais, destruição da propriedade, furto e violações de normas sociais (ibidem, p.470). O DSM-5 compreende ainda o TOD como um possível precursor do TC e do desenvolvimento, no adulto, do transtorno de personalidade antissocial (TPAS). Entidade nosológica marcada por um padrão de desrespeito aos outros, incapacidade de ajustamento às regras legais e instabilidade laboral, o TPAS é a denominação atual para as antigas e temidas categorias de "sociopatia" e "psicopatia" (ibidem, p.659).

Caponi (2016; 2018b) e Salete Oliveira (2009; 2011d) abordam tal projeção diagnóstica contínua entre esses transtornos como parte da mencionada estratégia securitária de prevenção de riscos presente nas últimas edições do DSM. Por causa das conotações jurídicas e criminológicas presentes no TC e no TPAS (Caponi, 2018b, p.298), essas categorias são relacionadas também a uma lógica de psiquiatrização da ordem e de defesa social que se realiza a partir da criança (Oliveira, S., 2009, p.347). Nesse sentido, trata-se de patologizar os impulsos infantis – "chutar, lutar, morder, estes gestos tão de gente, tão de bicho, tão de vida livre em luta" (idem, 2011d, p.36) –, transformá-los em sintomas de algum transtorno disruptivo como forma de prevenir tanto o desenvolvimento de outros distúrbios mais severos, o mencionado TPAS ou a esquizofrenia, como até mesmo precaver-se de ilegalismos no futuro, como suicídio, roubo e homicídio (Caponi, 2016, p.44).

Como nas demais categorias da última versão do DSM, a etiologia do TOD e do TC é atribuída a supostas falhas em mecanismos neurossinápticos. No entanto, na diagnose desses transtornos também não existe qualquer tipo de marcador neurobiológico seguro. Assim, para a determinação do diagnóstico de TOD, o DSM-5 orienta a medição da frequência dos sintomas e a avaliação do histórico sociofamiliar da criança (aqui, baixo nível econômico, história familiar de psicopatologia ou criminalidade, cuidado parental com

regras e disciplinas consideradas inconsistentes aparecem como fatores desencadeantes para essa patologia).

Nesse aspecto, Caponi (2016, p.36; 2018b, p.305) argumenta que, a partir desse discurso psiquiátrico que alcança até as condutas habitualmente denominadas de birra infantil, legitimam-se mecanismos de poder (a identificação diagnóstica, a atribuição da condição patológica aos comportamentos, a terapia psicofarmacológica e até mesmo deliberações sobre o futuro desse sujeito); em especial, sobre as crianças oriundas de famílias pobres ou com familiares em conflito com a lei. O diagnóstico do TOD se configura, dessa forma, como o modelo atualizado de exclusão e defesa social implicado nas contemporâneas práticas psiquiátricas de maximização da normalidade mental.

Os estudos que abordam as intervenções psiquiátricas sobre a infância tratam, em suma, da crescente psiquiatrização da criança por meio da atuação profilática da psiquiatria do desenvolvimento, da patologização de comportamentos escolares desviantes associados ao TDAH, da instrumentalização do psicofármaco Ritalina como tecnologia neuroquímica de controle disciplinar do aluno e de normalização biopolítica neoliberal, da nova roupagem ao papel – historicamente cumprido pela psiquiatria – de segregação e defesa social pelo TOD. Todavia, como veremos no próximo item, não é somente pela patologização da infância que a psiquiatria presta seus serviços à manutenção da ordem social.

Configurações atuais da psiquiatria legal: "se ficar, a polícia pega; se correr, a psiquiatria alcança"

A generalização extra-asilar da psiquiatria ainda no início do século XIX não se restringiu à família e à criança. Por volta dos anos 1820, como medicina de defesa da sociedade de seus perigos internos, a psiquiatria já se insinuava – não sem conflitos com os magistrados – sobre os mecanismos penais (Darmon, 1991; Foucault, 2004a; 2006a; 2010a; Harris, 1993). Nesse primeiro momento,

como aludido no capítulo anterior, a psiquiatrização do crime se deu graças à elaboração das perícias psiquiátrico-legais dos grandes crimes monstruosos (os delitos sem motivos evidentes, extremamente violentos e incomuns, como os casos de parricídios, filicídios e infanticídios) e pela produção da categoria de monomania homicida para designar uma alienação sem sinais visíveis, "um tipo de loucura que apenas se manifestaria no momento e nas formas do crime, uma loucura que só teria por sintoma o próprio crime, e que poderia desaparecer uma vez que este fosse cometido" (Foucault, 2004a, p.7).

Com a consolidação do conceito de degeneração na segunda metade do século XIX, a psiquiatria avançou também sobre os pequenos delitos e desvios relacionados à propriedade ou à sexualidade, compreendidos então como perturbações no amadurecimento dos instintos ou interrupção dos estágios de desenvolvimento psíquico. Dessa forma, ao longo do século XIX se constituiu um *continuum* psiquiátrico-judiciário (idem, 2010a, p.30), que – perscrutando desde o raro monstro maníaco, passando pelo criminoso nato lombrosiano, até o corriqueiro degenerado – procurava distinguir o indivíduo perigoso, esse sujeito patologicamente marcado pela virtualidade de vir a cometer um crime.

Como visto anteriormente, a psiquiatria em suas atuais atribuições de proteção da ordem social não investe mais na caça a essas figuras do degenerado, criminoso nato ou perverso. A partir das últimas edições do DSM e da consolidação de sua lógica de prevenção de riscos, a criança e seus comportamentos são agora assumidos por meio do TOD ou do TC (como marcadores de risco para o desenvolvimento do TPAS na vida adulta).

Tratando especificamente da abordagem do TPAS em manuais de psiquiatria forense e baseada nas elaborações teóricas a respeito da modernização reflexiva do sociólogo alemão Ulrich Beck,[29] Myriam

---

29 Beck (1997) conceitua "modernização reflexiva" como o processo pelo qual as dinâmicas de transformação da modernidade industrial (ou "modernidade simples") passam a ser aplicadas às próprias sociedades modernas. Desenvolve-se, assim, uma série de transformações nos padrões modernos de conduta individual (família nuclear, papéis sexuais, profissões e carreiras), de política (classes

Mitjavila e Priscila Gomes Mathes (2012; 2013) analisam o estabelecimento dessa categoria nosológica como mecanismo de controle social característico da modernidade tardia. Para Mitjavila e Gomes Mathes (2013, p.88), essa expansão do saber psiquiátrico sobre novos objetos, propiciada pela consolidação da noção de transtorno (como mencionado no item anterior), relaciona-se a esse contexto societário de declínio das funções de controle dos comportamentos individuais assumidas até então pelas instituições modernas (como a família, o Estado-nação ou a classe social).

Dessa forma, a partir da identificação da família em contexto de pobreza urbana como fator patogênico desencadeante para o TPAS e do caráter moral do exame diagnóstico desse transtorno (na avaliação biográfica de instabilidade profissional ou financeira), as autoras demonstram como a psiquiatria contemporânea toma comportamentos considerados transgressores e ilegais como casos individualmente patológicos (numa pressuposta etiologia de origem neuroquímica).

Assim, ainda que inexista consenso na literatura médica sobre as relações causais entre transtorno mental e criminalidade, a noção de periculosidade criminal (essa função discursiva por meio da qual o indivíduo passa a ser considerado a partir da probabilidade virtual de atos criminosos e não pelas infrações concretas) é reatualizada pelo TPAS, a atual peça-chave na medicalização do crime (idem, 2012, p.1378). Dado o caráter incorrigível muitas vezes atribuído ao indivíduo tipificado com TPAS, a psiquiatria legal contemporânea ainda propõe, como derradeira solução, a segregação social desse sujeito por meio do confinamento asilar em hospital psiquiátrico ou de custódia (ibidem, p.1390).

Em relação às solicitações penais à psiquiatria forense (como no atual Exame de Verificação de Cessação de Periculosidade), Mitjavila (2010, p.167) observa que desde o século XIX o campo jurídico concede à medicina psiquiátrica a autoridade de definir quem é

---

sociais, *welfare state*, Estado-nação) e de ciência (ideia de progresso e segurança do conhecimento científico), que trazem novas ambivalências e conflitos.

criminalmente perigoso ou não. Examinando os novos instrumentos psiquiátricos de análise de periculosidade criminal em implantação no Brasil (o HCR-20, Historical, Clinical, Risk Management e o PCL-R, Psychopathy Checklist Revised, escalas de medição somatória individual de fatores de probabilidade ao crime), a autora argumenta que essas ferramentas impactam em um deslocamento da avaliação da periculosidade para o cálculo dos fatores de risco criminal (graças à averiguação estatística de comportamentos e valores morais) (idem, 2015, p.129).

A partir de Foucault (1987; 1999a; 2008a), Mitjavila (2015) aponta para uma dupla dimensão de poder (microfísica-disciplinar e biopolítica) apresentada por esses novos instrumentos de classificação de riscos de periculosidade e de comportamento violento. Na primeira dimensão, ocorre todo um interrogatório moral sobre o indivíduo e seus possíveis desvios normativos (violência, desemprego, lassidão, consumo de drogas, descontrole sexual, entre outros), numa compreensão individualizante do crime que desconsidera qualquer dimensão social ou política da delinquência. Na perspectiva biopolítica, há a construção de um banco de dados estatísticos, a produção de um saber para gestão e prevenção da criminalidade no âmbito populacional por meio do conhecimento construído sobre esses sujeitos submetidos à análise de periculosidade.

Dessa forma, ainda que esses novos instrumentos de avaliação de perigo recaíam sobre sujeitos asilados (sob medida de segurança ou penalmente privados de liberdade), a partir desses mecanismos se constitui todo um dispositivo biopolítico extra-asilar de gestão da periculosidade (agora como fatores estatísticos e impessoais de riscos). Enfim, por meio desse dispositivo transcorre uma medicalização psiquiátrica da ordem social, em um processo de implicação de fatores criminogênicos supostamente neurobiológicos com aspectos relativos à interação social, comportamento sexual e estilo de vida (Mitjavila; Gomes Mathes, 2016, p.854).

Em resumo, essas pesquisas que tratam dos novos arranjos da psiquiatria legal contemporânea sublinham o atual processo de medicalização do crime por meio da categoria psiquiátrica de TPAS

e da consolidação da noção de risco (como marcador impessoal e estatístico) nas ferramentas de avaliação psiquiátrica de periculosidade criminal. No próximo item, abordo, por fim, os trabalhos que analisam a principal tecnologia extra-asilar da psiquiatria contemporânea, os psicofármacos.

Psicofármacos ou o panóptico em pílulas

Definidos como remédios que atuam no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição (Almeida, R., 2006), os psicofármacos emergem como categoria exclusiva de medicamentos com ação específica no cérebro a partir dos anos 1950 (ROSE, 2013, p.277). Até então, uma série de substâncias químicas como o ópio,[30] as anfetaminas[31] e os barbitúricos[32] foram amplamente testados, sem grande sucesso, pela psiquiatria.

O primeiro psicofármaco (a clorpromazina) foi inicialmente utilizado como sedativo nos processos pré-cirúrgicos e para tratar quadros alérgicos (Côrtes, 2012, p.237; Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.241). Por seus efeitos tranquilizantes, percebeu-se em 1952 que a ação da clorpromazina trazia resultados semelhantes ao da lobotomia.[33] Essa descoberta representou uma inovação na psiquiatria, visto que a intervenção psicofarmacológica substituiria os procedimentos

30 Retirado da papoula (*Papaver somniferum*), o ópio era empregado como poderoso analgésico e depressor do sistema nervoso central (ocasionando, entre outros efeitos, letargia, sonolência e embotamento mental).

31 Anfetaminas são drogas sintéticas desenvolvidas no final do século XIX e usadas para fins médicos nos anos 1930 como estimulantes do sistema nervoso central (em especial, no incremento das capacidades físicas e mentais).

32 Descobertos na segunda metade do século XIX e amplamente utilizados até os anos 1950, os derivados do ácido barbitúrico possuem funções depressoras do sistema nervoso central. Eram utilizados comumente como sedativo e hipnótico. O uso dessas substâncias estava associado a inúmeros efeitos colaterais como intoxicação, desenvolvimento de tolerância e de depressão profunda.

33 Artifício cirúrgico irreversível por meio do qual se seccionava vias e partes frontais do cérebro de pacientes acometidos por severas doenças mentais, o que os tornava, entre outros efeitos, mais dóceis, letárgicos e controláveis.

invasivos como a própria lobotomia ou o eletrochoque e os mecanismos restritivos como a camisa de força (Barbarini, 2016, p.149). Em 1952, a clorpromazina foi lançada no mercado com a orientação principal de uso no tratamento da esquizofrenia dada a sua ação eficaz no controle da agitação e alucinação nesses casos (Siqueira, 2009, p.51). Reduzia-se, assim, a necessidade e a duração das internações psiquiátricas nas patologias mais severas. Estavam também, dessa forma, lançadas as bases para a elaboração de novos psicofármacos, como novo arsenal da psiquiatria biológica para a terapia extra-asilar dos quadros psíquicos mais graves, como as psicoses, até as formas mais brandas, como as ansiedades (Ferreira, J., 2017, p.16).

Dos estudos já examinados, Siqueira (2009, p.137-9) assinala que o desenvolvimento dos psicofármacos – a partir de um postulado biológico, inaugurado com a clorpromazina, de suposta ação neurossináptica do medicamento (Porto, 2018, p.66) – teve um papel de destaque na biologização de diversas patologias psiquiátricas (como no caso do TOC, em que uma melhora nos sintomas de pacientes submetidos a testes com antidepressivos estabeleceu uma hipotética etiologia neurobiológica para esse grupo de transtornos). Siqueira (ibidem, p.49) compreende também a ascensão dos psicofármacos como um dos impulsionadores da evacuação do manicômio em razão do controle neuroquímico extra-hospitalar dos sujeitos e seus sintomas que esses medicamentos propiciaram à psiquiatria.

Em relação aos trabalhos que abordam os psicofármacos como objeto principal, Artur Perrusi (2015), em ensaio teórico, interpreta a atual utilização extensiva desse tipo de medicamento, relacionando-a a transformações históricas na estruturação psíquica do indivíduo contemporâneo, entre as quais, a restrição do sofrimento psíquico à dor psíquica, como epifenômeno de desordens neuromoleculares e variante da dor física.

Inspirado na sociogênese do psiquismo do sociólogo alemão Norbert Elias (1994),[34] Perrusi argumenta que, no presente contexto

34 Norbert Elias (1994) compreende o processo de configuração do sistema de afetos e da psique do sujeito ocidental a partir de uma perspectiva histórico-social

societário no qual a individualidade é marcada por um forte utilitarismo de tipo hedonista (governado pelo prazer, busca de bem-estar e intolerância ao sofrimento), o psicofármaco se manifesta como a analgesia mais acessível e, consequentemente, mais consumida para combater tal dor psíquica. Além dessa função analgésica, o autor analisa, de certa forma semelhante à Corbanezi (2018a), o uso generalizado de psicofármacos como tecnologia de desenvolvimento de bem-estar emocional e de aperfeiçoamento e suporte para a vida profissional (numa conjuntura de alta exigência de desempenho, iniciativa, flexibilidade, competitividade).

A partir do desenvolvimento da psicofarmacologia e da generalização clínica das últimas edições do DSM (que permite às diferentes especialidades médicas chegarem a um diagnóstico e a uma terapêutica química das agruras psíquicas cotidianas), Jonatas Ferreira (2014; 2017) trata também do consumo geral de psicofármacos na atualidade. Para ele, o tratamento com psicofármacos objetiva prioritariamente, graças a uma reconfiguração química de processos cerebrais, o abrandamento dos sintomas do transtorno mental (como a ansiedade, a tristeza ou o desânimo) em vez da solução do mal-estar psíquico.

Por meio dessa intervenção neuromolecular, J. Ferreira (2014, p.4) argumenta que desponta a possibilidade tecnológica de contornar e adiar indefinidamente a resolução dos sofrimentos psíquicos, visto que a contraface dessa proeminência dos psicofármacos é certo declínio do tratamento psicanalítico, da terapêutica pela fala, na qual o padecimento poderia ganhar algum significado na vida do indivíduo.

Nesse aspecto, tanto Perrusi (2015, p.152-3) quanto J. Ferreira (2014, p.10-2) apontam, no emprego contemporâneo dos psicofármacos, um processo de esvaziamento da subjetividade, uma corrosão dos processos de implicação do sujeito na compreensão de seu mal-estar: se a causalidade da dor é neurobiológica, o medicamento

---

de longo prazo. Nesse sentido, as formas de comportamento e de personalidade são dadas e datadas: a uma estrutura social peculiar corresponderá uma configuração psicológica específica, numa inter-relação indissolúvel entre indivíduo e sociedade.

atuaria sobre os sintomas de forma mais eficaz do que a fala ou a escuta, e o sofrimento estaria descolado em relação a uma narrativa biográfica. O psicofármaco constitui, dessa maneira, uma tecnologia dessubjetivante, de esquecimento de si, diante das impotências do sujeito em lidar com questões existenciais mais amplas, sejam políticas, econômicas ou culturais (Ferreira, J., 2017, p.19).

Para J. Ferreira (2017, p.17), essa atenuação e esse silenciamento de sintomas psíquicos desagradáveis são elementos da nova base de reprodução biopolítica do capitalismo atual, são condições para funcionarmos adequadamente num contexto de constante celeridade, de múltiplos envolvimentos tecnológicos, de consumo voraz de objetos perecíveis, de produção incessante de mercadorias descartáveis. Nessa lógica, o transtorno mental deve ser compreendido como risco de o sujeito "não funcionar" (ibidem, p.21); e o psicofármaco emerge, dessa maneira, como tecnologia de administração dos riscos de adoecimento psíquico e de adaptabilidade do indivíduo ao regime biopolítico contemporâneo.

Ocupando-se do contexto pós-Reforma Psiquiátrica e da nova política pública de saúde mental de 2001, Alain Gerino (2017) analisa a utilização de psicofármacos por indivíduos diagnosticados com esquizofrenia. A partir de pesquisa etnográfica em um grupo de apoio de familiares e pacientes (Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia, Abre), Gerino argumenta – fundamentando-se na noção de sociedade de controle de Deleuze (1992) – que o psicofármaco funciona como uma nova modalidade de encarceramento extra-asilar desses corpos desviantes (os identificados com esquizofrenia são assim abordados pelo autor por causa dos sintomas antinormativos que caracterizam essa patologia, tais como as alucinações visual e auditiva, os pensamentos e discursos confusos, as dificuldades nas interações sociais).

Essa nova configuração de enclausuramento pós-reforma se constitui como cárcere químico por causa dos efeitos colaterais desses medicamentos (embotamento afetivo, robotização dos gestos, sonolência, lapsos de memória, movimentos involuntários), que restringem a autonomia do paciente, e pela sujeição ao consumo

contínuo de psicofármacos durante toda a existência do indivíduo diagnosticado como esquizofrênico.

Baseando-se também nas proposições do sociólogo italiano Maurizio Lazzarato (2014),[35] Gerino (2017, p.147) compreende ainda o emprego de psicofármacos como forma de servidão do sujeito à máquina capitalista, transformando o corpo-desviante do esquizofrênico em corpo-engrenagem, neuromolecularmente estabilizado, que retoma uma participação desindividualizada na sociedade-mercado (como consumidor de psicofármacos e serviços ambulatoriais de psiquiatria ou como produtor de algum valor em cooperativas sociais e oficinas de geração de renda).

No tocante ao fenômeno das *smart drugs* (as chamadas "drogas da inteligência", substâncias utilizadas com propósito de melhoria do desempenho intelectual e laboral), Eleonora Coelho (2016) aborda dois modelos de emprego desses fármacos (em especial, da Ritalina): do uso terapêutico por indivíduos diagnosticados com TDAH e da utilização por sujeitos saudáveis para fins de incremento das aptidões de trabalho e de estudo.

Por meio de entrevistas com usuários adultos, Coelho (ibidem, p.138) argumenta que, em ambas as formas de uso dessas medicações, sobressaem-se, nos sentidos atribuídos pelos consumidores ao psicofármaco, mais disposições da utilização pelo possível autoaperfeiçoamento cognitivo do que pelo caráter patológico do TDAH. Dessa forma, a autora interpreta o emprego desse modelo de psicofármaco (mesmo nos usos por motivos patológicos) como tecnologia disciplinar requisitada pelo próprio indivíduo para o aprimoramento circunstancial do desempenho (nas habilidades de foco, motivação e

35 Em linhas gerais, Maurizio Lazzarato (2014) considera que o capitalismo pós-1970 é caracterizado por um duplo investimento na atividade subjetiva. Por um lado, a "sujeição social" por meio da qual é atribuída uma subjetividade individual ao ser humano (identidade, gênero, classe, profissão, nacionalidade) e que opera na distribuição de lugares e papéis na divisão do trabalho. Por outro, a "servidão maquínica" que, por meio de um processo dessubjetivante, desconstitui a singularidade individual do ser humano, que passa a ser tomado como mera peça de uma grande engrenagem (a megamáquina produtiva-financeira capitalista).

eficiência) em eventos de alta exigência intelectual ou laboral (como estudos para concursos, pós-graduação, promoções na carreira e desafios profissionais em geral), quando muitas vezes se identifica, pela primeira vez, o TDAH no sujeito adulto.

Por meio de pesquisa histórica sobre a trajetória da Ritalina, entrevistas com consumidores e de autoetnografia (uma reflexão a partir dos efeitos do psicofármaco no corpo do próprio pesquisador), Igor Maia (2017) questiona, por sua vez, as possibilidades de emprego desse medicamento como "droga da obediência" no tratamento do TDAH e como "pílula da inteligência" visando o refinamento cognitivo. Para ele, o uso desse psicofármaco vai além da normalização disciplinar dos corpos escolares (como destacado em trabalhos mencionados anteriormente): a Ritalina insere-se, atualmente, em uma rede de relações mais intricadas e heterogêneas que a do polo "droga da obediência"-"pílula da inteligência" (ibidem, p.81). Tal trama complexa envolve pequenas negociações pontuais na utilização do fármaco, realizadas por usuários adultos diagnosticados com TDAH (na rediscussão da posologia com o médico, na criação e compartilhamento em redes *on-line* de táticas para lidar com as reações adversas do medicamento).

Maia compreende também o uso da Ritalina como tática da produção biotecnológica do corpo e da bioidentidade[36] (no reconhecimento, pelos indivíduos, de uma fonte de explicação para suas dificuldades cognitivas na nomenclatura diagnóstica). O autor aponta ainda a produção de um estilo de vida farmacológico baseado, por exemplo, no consumo de psicofármacos para obtenção de maior concentração e de menor fadiga mental.

Em relação a esse último aspecto, apesar de Maia se referir às elaborações do filósofo francês Paul Preciado (2018a, p.157-250) a respeito do programa político e de controle social embutido nos

---

36 Noção concebida também por Paul Rabinow (1991) para se referir à redefinição contemporânea da identidade individual em termos biológicos ocasionada pelo desenvolvimento das biociências no final do século XX. Na ascensão dessas bioidentidades, os parâmetros identitários clássicos de classe, sexo, idade ou raça passam a concorrer com referenciais médicos.

fármacos (como na pílula contraceptiva ou no Viagra), o pesquisador não explora com densidade o caráter de normalização contemporânea presente na Ritalina. Ainda que esse psicofármaco não se evidencie apenas como tecnologia disciplinar clássica de formação de corpos dóceis e úteis (Foucault, 1987), há de se inquirir a constituição, pela ingestão desse medicamento, de comportamentos e disposições (como o aprimoramento do desempenho cognitivo, a diminuição das distrações, a maior eficiência produtiva) que se situam próximos às normativas neoliberais (do corpo-subjetividade empreendedor, autônomo, competitivo, proativo).

Quanto aos medicamentos antidepressivos, de forma específica, Silvia Bittencourt, Sandra Caponi e Sônia Maluf (2013) analisam as referências a esse tipo de psicofármaco em diferentes edições de um livro-texto de farmacologia de projeção mundial destinado a estudantes e profissionais médicos (o *Goodman and Gilman's: the pharmacological basis of therapeutics*). Por meio de uma abordagem histórica-etnográfica do livro e de uma perspectiva micro-histórica a respeito do desenvolvimento dos antidepressivos, as autoras se debruçam, em especial, sobre a terceira edição do manual de 1965 (quando os psicofármacos passam a figurar em capítulos e seções do livro) até a última versão de 2006, a décima primeira edição.

A respeito da edição de 1965, Bittencourt, Caponi e Maluf (2013, p.225) observam que a exposição dos antidepressivos (com destaque para os benzodiazepínicos)[37] como recurso terapêutico vinha vinculada à necessidade de uma contextualização (psicológica, social e econômica) do paciente, além de apresentar referências sobre os limites e vantagens do uso desses psicofármacos. Já em relação às últimas seis versões do manual (de 1980 a 2006), as pesquisadoras destacam uma multiplicação nas indicações de uso dos antidepressivos (com ênfase nos inibidores seletivos de recaptação da serotonina, os ISRS) para variadas situações patológicas e de

37 Classe de psicofármacos produzida a partir de 1955 e lançada comercialmente em 1960. Os benzodiazepínicos são utilizados terapeuticamente como ansiolítico, anticonvulsivante e relaxante muscular.

humor, bem como a carência de indicações de contextualização clínica do paciente.

Nesse sentido, Bittencourt, Caponi e Maluf (2013, p.235) evidenciam, nas apresentações dos antidepressivos ao longo da trajetória analisada desse livro-texto de farmacologia (1965-2006), uma perspectiva de reducionismo biológico (semelhante ao apontado pelos trabalhos que tratam das neurociências contemporâneas), na qual o foco do encontro terapêutico deixa de ser o paciente e sua conjuntura e passa a se fundamentar somente nas classificações diagnósticas (como o DSM) e na ação neuromolecular dos fármacos.

Por meio de entrevistas com consumidores de ansiolíticos e antidepressivos, Erliane Ferreira (2009) examina como o emprego contemporâneo desses psicofármacos pode ser interpretado como formas de autocuidado subjetivo. Trazendo as considerações de Foucault (2006b; 2014c) a respeito das práticas helenísticas de "cuidado de si" (de maneira geral, os exercícios pelos quais o sujeito, de maneira autônoma e aplicando-se às suas próprias regras, objetivava a transformação de si e a estetização da sua existência), E. Ferreira analisa o quanto as situações atuais de uso de ansiolíticos e antidepressivos podem se aproximar dessa técnica da antiguidade.

A partir dos resultados de sua investigação, a pesquisadora afirma que o início do uso desses tipos de psicofármacos estava associado a crises subjetivas (de dor, inquietação e reflexividade). Entretanto, diferente das antigas técnicas greco-romanas de "cuidado de si", calcadas na reflexão diária e na prática ao longo de toda a vida, o cuidado associado pelos consumidores aos medicamentos é contingente e limitado: o psicofármaco se manifesta como recurso de curto prazo, uma obtenção de benefício emocional rápido que não implica num processo de formação ou ascese subjetiva (ibidem, p.66).

Nesse sentido, com base nas elaborações de Ehrenberg (1995; 1998; 2010),[38] E. Ferreira interpreta, de maneira análoga a referência

38 De forma geral, o sociólogo francês Alain Ehrenberg (1995; 1998; 2004; 2009; 2010) considera os mal-estares psíquicos contemporâneos (em especial, a maior incidência de depressão nas últimas décadas do século XX) como decorrentes

à analgesia da dor psíquica por Perrusi (2015), o consumo de psicofármaco como tecnologia de prevenção e supressão do mal-estar psíquico (o que não impossibilita certa independência do sujeito na administração desses medicamentos, como no uso de dosagens em desacordo com a orientação médica ou na interrupção do uso em situações programadas de consumo de álcool ou de relações sexuais – em razão da diminuição da libido que se manifesta muitas vezes como efeito colateral do fármaco).

Inesperadamente, mesmo com essas distinções em relação às experiências da tradição grega, E. Ferreira (2009, p.103) considera a utilização atual de ansiolíticos e antidepressivos (mesmo que hierarquicamente vinculada a um poder-saber médico e empregada, por vezes, a contragosto) como uma versão, ainda que pálida, de "cuidado de si". A pesquisadora também não desenvolve um achado relevante proveniente das entrevistas – e tratado, de alguma forma, por Jonatas Ferreira (2017) –: o uso individual de ansiolítico conexo a questões concretas e imediatas de ordem pública e política, no caso, a violência urbana (Ferreira, E., 2009, p.82).

Por fim, por meio de estudos de caso, Mariana Côrtes (2012) analisa os atuais modelos de governamentalidade presentes nas religiões evangélicas neopentecostais (no agenciamento das experiências de ex-criminosos, ex-mendigos, ex-prostitutas e outras ex-existências das bordas societárias) e na psiquiatria biológica

---

das transformações normativas relacionadas a certo ocaso dos mecanismos de poder disciplinares e repressivos que levou à emergência de um imperativo social que, ao menos, propaga uma maior autonomia do indivíduo (como capacidade de decidir e agir por conta própria). Nesse contexto social de supervalorização do desempenho e da realização pessoal, as agruras psíquicas são relacionadas a fracassos e dificuldades, agora entendidos como exclusivamente de responsabilidade individual, de adequação a essa normativa social de autonomia. Assim, os psicofármacos passam a ser considerados como tecnologia de apoio ao indivíduo no alívio das agruras psíquicas e como suporte para o sujeito se aproximar desses padrões sociais de existência (graças ao conforto do estresse diário e das crises depressivas, pela possibilidade de algum aumento da desinibição social, por meio da otimização das capacidades de ação e de performance). Retomo também algumas das considerações de Ehrenberg – em particular, sobre os psicofármacos – no quarto capítulo.

(na captura das inadequações e dificuldades de vida e de trabalho dos sujeitos remanescentes do campesinato que agora vivem nas periferias urbanas).

De forma específica em relação à psiquiatria, a pesquisadora interpreta como as categorias diagnósticas de depressão e o consumo de remédios antidepressivos emergem como formas contemporâneas de gestão das diferenças (no caso, os desajustes e desconfortos dos indivíduos oriundos do meio rural na nova realidade): ao procurarem atendimento médico, com queixas difusas e difíceis de ser expressas, esses sujeitos recebem um diagnóstico psiquiátrico e um tratamento farmacoterápico.

Também aqui se manifesta um aspecto dessubjetivante da atual intervenção psiquiátrica: o diagnóstico é recebido com estranhamento, visto que é desprovido de codificação e sem relação com as experiências anteriores desse indivíduo. Esse sujeito também se submete a um tratamento baseado em psicofármacos sobre o qual não possui nenhum controle.

Em suma, a desordem existencial ganha uma solução neuroquímica descolada de qualquer narrativa e significação subjetiva (ibidem, p.305). Segundo Cortês (ibidem, p.227), essa "tristeza do Jeca" psiquiatrizada se apresenta ainda como uma nova interface da biopolítica que prescinde das tecnologias clássicas como o asilo panóptico ou a teoria da degenerescência. Graças à manipulação neuroquímica do cérebro pela ingestão de psicofármacos, expressa-se a possibilidade de eliminação de estados psíquicos indesejáveis e a produção de condutas quimicamente moduláveis, numa biopolítica que se desloca da banalização do monstro como anormal orquestrada pela psiquiatria do século XIX[39] (Foucault, 2010a, p.93-116) para a banalização do anormal nas inúmeras intervenções sobre os normais (ou quase normais, ou ligeiramente anormais – nessa situação, os pequenos desajustes e inconformidades desses "caipiras" na cidade).

---

39 Descrevi, em maiores detalhes, essa análise da ação biopolítica da psiquiatria oitocentista realizada por Foucault no capítulo anterior.

Enfim, os trabalhos que tratam dos psicofármacos assinalam o papel que o desenvolvimento desses desempenhou no processo de desocupação dos hospícios e destacam as funções de atenuação dos mal-estares psíquicos e de cárcere químico extra-asilar efetivadas por esses medicamentos. Essas pesquisas interpretam também o uso não estritamente médico do psicofármaco como mecanismo de aprimoramento cognitivo-profissional e apontam as características dessubjetivantes dos medicamentos psiquiátricos (na inexistência de correlação entre a terapia farmacológica com um processo de significação subjetiva do sofrimento psíquico). Alguns estudos analisam ainda como os empregos de psicofármacos se inserem em uma nova interface da biopolítica contemporânea. Por último, cabe ainda destacar que um importante aspecto ausente nos trabalhos examinados se refere às possibilidades de resistência ao emprego dos psicofármacos como tecnologia de poder-saber-sujeição.[40]

***

As pesquisas aqui examinadas demonstram que, definitivamente, a sociologia foi recentemente ao psiquiatra. A nova generalização social da psiquiatria decorrente da Reforma Psiquiátrica, o desenvolvimento e a disseminação das neurociências como um dos suportes da psiquiatria biológica atual, a multiplicação de categorias diagnósticas nas últimas edições do DSM, a passagem da noção de doença para transtorno mental, a atual psiquiatrização da infância escolar e do crime e o consumo generalizado de psicofármacos: todos esses aspectos vêm sendo problematizados pela sociologia brasileira contemporânea.

Buscando avançar em relação aos estudos aqui sistematizados, pretendo perscrutar o discurso da psiquiatria neurobiológica

---

40 Embora analise uma resistência ao emprego asilar de psicofármacos nas narrativas escritas pela interna Catarina (institucionalizada há cerca de dez anos e vista pela família como tratamento médico que não deu certo), o trabalho de João Biehl (2008) é paradigmático no sentido de explorar como a vida ainda pulsa mesmo sob o uso por longos períodos desses medicamentos.

contemporânea sobre o emprego atual de psicofármacos (em especial, do Prozac, que além de ser um dos fármacos psíquicos mais consumidos na atualidade e com uso associado a inúmeros diagnósticos, como mencionado na Introdução, apresenta também um uso menos restrito em termos etários que os psicofármacos relacionadas ao TDAH ou em relação à finalidade que os medicamentos para otimização cognitiva).

Numa perspectiva genealógica de história do presente, procuro descrever as táticas mais generalizadas de biopoder e de governo de condutas existentes nos psicofármacos como dispositivo extra-asilar da psiquiatria neurobiológica, bem como apresentar os possíveis traços e práticas de resistência a essa tecnologia psicofarmacológica.

Mas antes, no próximo capítulo, realizo uma análise genealógica das condições que tornaram possível as intervenções no corpo em nível neuromolecular e a naturalização dos psicofármacos como principal tecnologia da psiquiatria extra-asilar contemporânea, aspecto também ausente nos estudos analisados neste capítulo.

3
Emergência e consolidação dos psicofármacos contemporâneos: biopolítica neuromolecular e farmacopoder

Talvez a serotonina seja a polícia. [...] A sua presença potencial transmite segurança. Permite-lhe fazer muitas coisas que também o fazem se sentir seguro. Se você não contar com um policiamento suficiente, tudo pode acontecer.

(Kramer, 1994, p.145)

Ainda estamos certamente enfrentando uma forma de controle social, mas desta vez é uma questão de ***controle leve****, um tipo borbulhante de controle, cheio de cores, usando as orelhas do Mickey e os decotes de Brigitte Bardot, em oposição à arquitetura fria e disciplinar do panóptico ilustrado por Foucault.*

(Preciado, 2018a, p.227, grifos do autor)

Um exercício de acontecimentalização sobre o estabelecimento dos psicofármacos contemporâneos

No primeiro capítulo, a partir de Foucault (2006a), expus como substâncias com algum efeito psíquico (ópio, éter, láudano, entre

outras), que designei como "protopsicofármacos", foram utilizadas no interior dos panópticos psiquiátricos europeus do século XIX apenas como mais um mecanismo disciplinar sobre os asilados (em conjunto com a camisa de força, a coleira com pontas afiadas, as algemas). Já no segundo capítulo, no qual realizei uma revisão bibliográfica sobre os estudos sociológicos brasileiros sobre a psiquiatria extra-asilar nos contextos contemporâneos de medicalização do social, os psicofármacos já foram tratados como o principal recurso terapêutico dessa especialidade médica (Azize, 2008b, p.15; Caponi, 2009a, p.138; Corbanezi, 2015, p.146). No presente, os psicofármacos encontram-se naturalizados na prática clínica: em um dos principais manuais contemporâneos de psiquiatria, afirma-se que o "uso de medicamentos para tratar transtornos psiquiátricos costuma ser *fundamental* para a abordagem de um *tratamento bem-sucedido*" (Sadock, 2007, p.1036, grifos meus).

Meu objetivo neste capítulo é analisar como os psicofármacos alcançaram essa condição proeminente de principal tecnologia terapêutica da psiquiatria neurobiológica, hoje predominante (Rose, 2013; Freitas; Amarante, 2017). Para tanto, por meio de uma pesquisa bibliográfica e num exercício genealógico de acontecimentalização e desmultiplicação causal (Foucault, 1990, p.13-8; 2003, p.339), delimito um conjunto de processos que culminaram nessa contemporânea naturalização do uso de medicamentos psiquiátricos. Tal abordagem genealógica permite-me também marcar as contingências e fragilidades presentes na formação desse fenômeno (Rose, 2010, p.307).

Nessa perspectiva, destaco cinco momentos para descrição e análise: a) o surgimento dos primeiros psicofármacos nas décadas de 1950 e 1960; b) o desenvolvimento, a partir dos anos 1960, dos estudos em neurociências – oportunizados pelas observações sobre os efeitos dos psicofármacos em funções e áreas cerebrais – e a incorporação dessas pesquisas na clínica psiquiátrica e pela indústria farmacêutica; c) as lutas antipsiquiátricas dos anos 1960 e 1970; d) a publicação do DSM-III em 1980 e a operacionalização clínica da noção de "transtorno" realizada por essa edição do manual; e) a

emergência, entre fins dos anos 1980 e início dos 1990, de uma nova geração de psicofármacos com o lançamento do Prozac, os inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS).

Como mencionei na introdução, circunscrevi esses eventos por representarem pequenos acontecimentos (Foucault, 2016a, p.73): rupturas e inversões nas relações de força no campo das práticas e dos discursos psiquiátricos ao longo da segunda metade do século XX. Nesse sentido, os primeiros psicofármacos se colocaram como uma possibilidade inicial de tratamento biológico extra-hospitalar com certo êxito clínico e alguma probabilidade de uso em massa para inúmeros transtornos (das patologias agudas aos distúrbios leves) (Ehrenberg, 2010, p.139); o desenvolvimento das neurociências representou a emergência de um novo corpo – neuromolecular – no âmbito da psiquiatria (Rose, 2011, p.14; 2013, p.26); as lutas antipsiquiátricas levaram, ainda que de forma não intencional ou não planejada (Corbanezi, 2018b, p.15), à superação do hospital como *lócus* privilegiado da prática psiquiátrica (Bezerra Jr., 2010, p.120) e à multiplicação extramanicomial das intervenções da psiquiatria sobre novos fenômenos e comportamentos (Passetti, 2012, p.109); a consolidação clínica da psiquiatria neurobiológica com o DSM-III em detrimento de uma perspectiva psicanalítica (Ehrenberg, 2004, p.144); os medicamentos ISRS, caracterizados por apresentarem menores efeitos colaterais em relação aos primeiros psicofármacos (Cordás; Moreno, 2008, p.91) e pelo seu uso mais generalizado (seja no consumo, seja na indicação terapêutica para inúmeras categorias diagnósticas).[1]

1 Inicialmente, os ISRS foram lançados como antidepressivos. Entretanto, hoje muitos psicofármacos de uma classe são comumente indicados, na prática clínica, para diagnósticos que anteriormente eram tratados por medicamentos de outra categoria. Alguns ISRS são utilizados, por exemplo, em transtornos de ansiedade e no transtorno disfórico pré-menstrual. Medicamentos das cinco categorias tradicionais (ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, estabilizadores de humor e psicoestimulantes) são ainda indicados para questões que antes não eram medicadas, como os transtornos de alimentação, de pânico e obsessivos-compulsivos (Sadock, 2007, p.1036; Freitas; Amarante, 2017, p.94).

Tais eventos aparentemente dispersos se entrelaçaram, desde os anos 1950, em uma rede (Freitas; Amarante, 2017, p.15): graças ao surgimento dos psicofármacos, os sofrimentos psíquicos se afirmaram, numa compreensão psiquiátrica e medicalizante, como patologias neurobiológicas, desequilíbrios químicos no cérebro, passíveis de cuidado não asilar. Dessa forma, a ascensão dos psicofármacos contribuiu para o declínio dos asilos psiquiátricos em razão da possibilidade extra-hospitalar de tratamento e de minoração dos sintomas até dos transtornos mais graves (Siqueira, 2009, p.49). Essa perspectiva de neurobiologização da psique também respalda tanto a produção como a pesquisa desses medicamentos pela indústria farmacêutica: os psicofármacos se distinguem, necessariamente, por essa pressuposta ação em nível neuromolecular (Rose, 2013, p.277; Stahl, 2014, p.58). Por fim, desde o DSM-III, as classificações psiquiátricas prevalentes abordam, implicitamente, qualquer sintoma de transtorno mental como o efeito de certo funcionamento fisiológico anormal do cérebro, fundamentando a prescrição de psicofármacos como a terapêutica supostamente mais adequada.

Ao longo do capítulo, por meio da análise da produção dos psicofármacos modernos, seu consumo massivo e seus efeitos nos estados de humor e comportamento (como na disposição geral, no bem-estar, na cognição e no humor), trago ainda duas considerações às discussões teórico-analíticas dessa temática. Num primeiro apontamento, destaco como se tornou factível uma biopolítica *neuro*molecular por meio da psiquiatria neurobiológica. Precedendo as probabilidades de uma biopolítica molecular (graças à manipulações em genes e trechos de DNA, por exemplo) contidas no desenvolvimento das pesquisas genéticas, biomédicas e nas práticas da medicina genômica do final do século XX (Rose, 2011, pp.11-2; 2013, p.17-9), já a partir dos anos 1950 se colocou a possibilidade de uma biopolítica *neuro*molecular, que recortou uma dimensão específica do corpo e da vida humanos (como os neurotransmissores e as sinapses) para as intervenções medicalizantes do discurso neuropsiquiátrico e dos psicofármacos.

Em seguida, assinalo como, no desenvolvimento dos psicofármacos a partir de meados do século XX, desenrolou-se outro âmbito do farmacopoder: uma micropolítica psicofarmacológica de produção e normalização de condutas – para além da dimensão de farmacopoder que se constituiu por meio do surgimento das pílulas anticoncepcionais e dos medicamentos hormonais que participaram e ainda atuam nas micropolíticas de (des)construção de gênero (Preciado, 2018a).

*Psico*paraísos artificiais

A invenção dos primeiros psicofármacos se inicia a partir de certos acasos; alguns desses medicamentos vêm à tona em um pequeno começo (Foucault, 2013a; 2016a), distantes ainda do caráter prevalente, já citado, que assumem dentro da psiquiatria neurobiológica atual. Neste item, demoro-me descrevendo, entre outros aspectos, certos desvios, eventualidades e relações de poder que marcaram a emergência dessa classe de fármacos.

A história das investigações por terapias biológicas específicas na psiquiatria data da segunda metade do século XIX.[2] Como primeiro marco de um estrato ainda pré-psicofarmacológico, pode-se apontar a pesquisa do químico germânico Albert Niemann (1834-1861), que, em 1860, extraiu a cocaína a partir das folhas da coca. Cerca de vinte anos depois, esse alcaloide foi proposto – entre outros, por Sigmund Freud (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.810; Preciado, 2018a, p.372) – para fins terapêuticos, visto suas propriedades estimulantes (Ribeiro, 2015, p.48). Pelas suas faculdades de abrandar sintomas comuns das patologias psíquicas (como insônia

2 Sobre o uso não médico de substâncias psicoativas desde a baixa Idade Média europeia, bem como a respeito do processo de expropriação dos saberes populares relacionados (em especial, do conhecimento herbário das mulheres) e da criminalização dos usos voluntários dessas substâncias (para fins terapêuticos, ritualísticos ou recreativos) a partir da Inquisição, pode-se conferir Federici (2017, p.361-74) e Preciado (2018a, p.159-65).

e inquietação), as substâncias opiáceas em geral foram utilizadas até por volta de 1950 (Kramer, 1994, p.66).

Em 1864, outro químico germânico, Adolf von Bayer (1835-1917), sintetizou o ácido barbitúrico, que chegou à prática médica no apagar do século XIX como um sedativo geral (Bueno, 2012, p.6), com amplo uso na primeira metade do século XX (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.231). Por sua vez, as anfetaminas foram produzidas pela primeira vez em 1887, também na Alemanha,[3] pelo químico romeno Lazar Edeleanu (1861-1941). Seus usos na medicina – como descongestionante nasal, no tratamento de asma e no alívio da fadiga – se iniciaram somente na década de 1930. Uma dessas anfetaminas, comercialmente denominada Benzedrine, foi largamente utilizada na Segunda Guerra Mundial, tanto pelo exército estadunidense quanto pelo alemão, por seus efeitos estimulantes a fim de "elevar o moral" das tropas (Brant; Carvalho, 2012, p.625).

No que diz respeito às denominadas terapias orgânicas, experiências foram realizadas desde o início do século XX. Em 1917, o psiquiatra austríaco Julius Wagner von Jauregg (1857-1940) introduziu a malaroterapia para tratar as doenças mentais originadas pela sífilis. Jauregg propunha que a alta febre causada pela injeção do agente da malária dissipava as perturbações de raciocínio (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.809; Porto, 2018, p.53). Houve também relatos de práticas, nos asilos estadunidenses, de injeção de um extrato retirado da tireoide de ovinos, da aplicação de soro equino e até de arsênico. Em 1916, o diretor de um hospital da Nova Jersey narrou uma melhora em seus pacientes graças à extração dos dentes (Whitaker, 2015, p.52).

---

3 Porto (2018, p.61) assinala que, ao longo da segunda metade do século XIX, os estados germânicos, logo unificados como Alemanha, foram os que mais investiram em pesquisas químicas na Europa. Comasseto e Santos (2008, p.71-2) argumentam que, por esses estados terem passado pela industrialização de forma tardia em relação à França e à Inglaterra, as autoridades prussianas apoiaram o desenvolvimento técnico-científico como umas das medidas de superação de sua condição, então, prevalentemente agrícola.

Já nos fins da década de 1920, o psiquiatra austríaco Manfred Sakel (1900-1957) introduziu o coma insulínico como terapia: injetava-se uma alta dose de insulina no paciente, o que lhe causava um coma hipoglicêmico e, ao ser reanimado com uma aplicação de glicose, o interno apresentava maior tranquilidade (ibidem, p.53). Em 1936, o neurocirurgião português Egas Monis (1874-1955) instituiu a prática da psicocirurgia, a leucotomia pré-frontal (fundamentando a lobotomia, técnica cirúrgica de destruição dos lóbulos frontais que produzia uma maior cordura e torpor no paciente). Por último, em 1938, os italianos Ugo Cerletti (1877-1963), neurologista, e Lucio Bini (1908-1964), psiquiatra, desenvolveram a terapia eletroconvulsiva: provocava-se uma convulsão por choques transmitidos por eletrodos fixados nas têmporas do doente com a finalidade de remissão do quadro alucinatório (Kramer, 1994, p.65; Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.809).

De maneira geral, o que caracteriza todas essas substâncias e práticas é o fato de serem, até então, interpretadas como meros sedativos ou estimulantes, sem a clareza sobre os prováveis efeitos específicos no cérebro ou a indicação para tratamento de sintomas de patologias psiquiátricas determinadas (como seriam, depois, a clorpromazina para as psicoses e a imipramina para a depressão). Tais propriedades, uma suposta ação neuromolecular e a prescrição de fármacos exclusivos para transtornos específicos, iriam singularizar os primeiros psicofármacos produzidos a partir dos anos 1950 (Rose, 2003, p.47; 2013, p.277).

Entre os elementos conjunturais de meados do século XX que propiciaram as condições para o desenvolvimento desses medicamentos, pode-se assinalar os intensivos investimentos e inovações no setor químico e farmacêutico estadunidense e europeu no período logo após a Segunda Guerra (Hobsbawm, 1995, p.238). Ainda durante a guerra, o governo estadunidense também investiu em alguns de seus laboratórios privados (como Merck e Pfizer) para a produção em escala industrial de antibióticos para uso imediato no cuidado aos combatentes feridos (Henriques, 2015, p.76). A vinda à tona dos ultrajantes experimentos médicos nazistas tornou ainda nebuloso o

papel do Estado na pesquisa médica em geral, migrando parte desses estudos das instituições estatais para a indústria farmacêutica (ainda que se mantivesse a aplicação de recursos públicos nesse campo), produzindo-se um modelo privado e multinacional de inovação e produção farmacológica (Preciado, 2018a, p.195).

No âmbito da medicina psiquiátrica, em 1950, realizou-se o Primeiro Congresso Mundial de Psiquiatria em Paris, carregado de esperanças em relação aos supostos progressos vindouros nos métodos de tratamento (expectativas, essas, inspiradas nos avanços propiciados à medicina geral pela descoberta da penicilina no final dos anos 1920).[4] O psiquiatra francês que presidiu a organização do evento, Jean Delay (1907-1987), proclamara, na abertura desse Congresso, a iminência de uma "era terapêutica" na psiquiatria, prenunciada já pelas terapias de eletrochoque – não obstante os riscos de efeitos irreversíveis dessa prática (Porto, 2018, p.48). No mesmo momento, o complexo médico-industrial, em acelerado desenvolvimento graças à comercialização de antibióticos, dispôs-se a capitalizar tal desejo por terapias psiquiátricas mais eficazes (Pereira, L., 2011, p.69; Whitaker, 2015, p.55).

Foi em tal contexto que a clorpromazina, o primeiro psicofármaco moderno, emergiu. O caminho até a descoberta da possibilidade de uso dessa substância como medicamento psiquiátrico foi caracterizado por certas vicissitudes e acasos. A clorpromazina proveio de um grupo de compostos orgânicos denominado fenotiazinas, sintetizadas em pesquisas industriais sobre corantes na Alemanha do final do século XIX (Porto, 2018, p.61). No princípio do uso médico das fenotiazinas no começo do século XX, essas substâncias foram

4 A penicilina foi descoberta em 1928 pelo médico inglês Alexander Fleming (1881-1955). Nesse processo, o papel do acaso foi fundamental: após retornar de um período de férias, Fleming observou que a formação de uma colônia de fungos em uma cultura de estafilococos havia inibido as bactérias da placa. Pesquisando esse fenômeno, constatou que um fungo do gênero *Penicilium* produzia substâncias que atuavam contra esse tipo de bactérias. O desenvolvimento da penicilina propiciou o tratamento de inúmeras doenças bacterianas que assolavam o mundo até então (como a sífilis e a tuberculose).

utilizadas como vermicidas na veterinária e como antissépticos urinários em humanos (Sadock, 2007, p.119). Posteriormente, foram aplicadas no tratamento de quadros alérgicos (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.241).

A partir do caráter levemente sedativo (comparados aos barbitúricos, por exemplo) que se verificou após a indicação de alguns desses compostos como antialérgicos, um cirurgião-anestesista francês, Henri Laborit (1914-1995), testando substâncias pré-cirúrgicas, instituiu, em 1949, um novo uso de uma fenotiazina (a prometazina). Seu objetivo era atenuar a ansiedade e a agitação que certos pacientes apresentavam antes da sala de cirurgia, evitando, dessa forma, o uso de alto volume de anestésicos (Ehrenberg, 2010, p.151; Côrtes, 2012, p.237).

No mesmo período, investigando também os efeitos tranquilizantes das fenotiazinas, pesquisadores da empresa farmacêutica francesa Rhône-Poulenc sintetizaram, em 1950, a clorpromazina – que iria desencadear a chamada "revolução psicofarmacológica" (Whitaker, 2015, p.58; Porto, 2018, p.27). Numa conferência de anestesiologia em Bruxelas em 1951, Laborit versou sobre as possibilidades do uso da clorpromazina na psiquiatria como uma autêntica lobotomia medicinal (Whitaker, 2015, p.60).

Em 1952, a clorpromazina é lançada no mercado francês sob o rótulo comercial de Largactil (Ehrenberg, 2010, p.150). No mesmo ano, o medicamento passa a ser administrado como antipsicótico a pacientes esquizofrênicos do hospital Sainte-Anne em Paris, e seu uso se estende a todos os manicômios da Europa (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.219; Whitaker, 2015, p.59). Os primeiros relatos foram que o medicamento tinha uma ação eficaz sobre a excitação e alucinação, tornando os internos mais manejáveis (acordados, mas quietos), sem os efeitos colaterais de perda de memória que se sucedia ao eletrochoque e de embotamento geral que ocorria com os barbitúricos (Siqueira, 2009, p.51; Freitas; Amarante, 2017, p.82).

Essa certa efetividade da clorpromazina no tratamento da psicose marca o início da psicofarmacologia moderna, ao demonstrar que fármacos podiam ter efeitos específicos, e não mera sedação, sobre

sintomas de patologias mentais (Sadock, 2007, p.119). E ainda que não fosse capaz de curar uma patologia mental, a clorpromazina agia sobre os principais sintomas delirantes, predizendo, pela primeira vez, a possiblidade de tratamento não asilar dos quadros psicóticos (Henriques, 2015, p.73).

Já nos Estados Unidos a clorpromazina foi inserida no mercado em 1954 como Thorazine, pela companhia farmacêutica Smith, Kline & French. Apesar do laboratório ter realizado, nos Estados Unidos, testes com apenas 150 pacientes, obteve a autorização da Food and Drug Administration (FDA, a agência federal estadunidense do Departamento de Saúde e Serviços Humanos) para comercialização do medicamento. A despeito disso, o presidente da empresa disse, em um programa de TV, que se tratava de um fármaco submetido às mais rigorosas provas (Whitaker, 2015, p.68). Todavia, a clorpromazina não obteve sucesso logo de cara como na Europa, dada a hegemonia de uma psiquiatria clínica com forte influência psicanalítica e pouco receptiva à farmacoterapia (Henriques, 2015, p.74).

Em um processo capitaneado pela Associação Médica Americana (AMA) em conjunto com companhias farmacêuticas, um mercado consumidor desejoso por tal fármaco supostamente prodigioso foi construído por meio de programas médicos na TV, reportagens e anúncios publicitários na grande mídia (como *Times, New York Times* e *Reader's Digest*) (Whitaker, 2015, p.67). Dessa forma, em 1955, a clorpromazina já havia se popularizado nos manicômios estadunidenses, com resultados semelhantes ao dos asilos europeus: internos de longa data apresentaram fala mais racionalizada, melhor sono e desejo de retornarem para suas residências. Nesse mesmo ano, estima-se que a Smith, Kline & French tenha faturado 75 milhões de dólares em vendas do Thorazine nos Estados Unidos (Henriques, 2015, p.75).

Em 1954, a clorpromazina foi denominada inicialmente como medicamento neuroléptico por ter, como principal efeito, certa inibição das funções psicomotoras do sistema nervoso e, com isso, a diminuição das manifestações psicóticas (Porto, 2018, p.65; Whitaker, 2015, p.60). Todavia, em uma estratégia de marketing, a indústria

farmacêutica adotou o termo antipsicótico para se referir a esse fármaco, a fim de enfatizar a esperança de ele ser um medicamento contra as psicoses, tal como os antibióticos combatem as infecções e os antipiréticos, as febres (Freitas; Amarante, 2017, p.80).

Mas havia também algo a mais de podre no regime dos psicofármacos que se instaurava com a clorpromazina. O que fora interpretado por muitos como sinais de diminuição dos sintomas, foi compreendido, por outros, como manifestação de aparente indiferença a estímulos externos, apatia emocional e diminuição da iniciativa (ibidem, p.82). Ainda em 1953, surgiram relatos dos efeitos adversos associados ao uso desse medicamento (Sadock, 2007, p.119): movimentos involuntários do corpo (discinesia), toxicidade neurológica, capacidade intelectual reduzida, ganho expressivo de peso, entre outros.

Entretanto, o maior embaraço foram as evidências clínicas do risco de aumento de crises psicóticas com a descontinuidade do medicamento após certo período de utilização: ainda que abrandasse os sintomas, o fármaco não curava o transtorno e, pior, a interrupção do uso agravava as manifestações patológicas. Nessa perspectiva, Freitas e Amarantes (2017, p.86-91) citam uma série de pesquisas realizadas a partir da década de 1960 que acompanharam grupos de pacientes por grandes períodos, comparando os que eram submetidos ao tratamento com antipsicóticos com os que não eram. Um dos resultados apontou que indivíduos que haviam sido tratados com placebos apresentaram menores índices de reinternação em relação aos medicados com antipsicóticos. Em outro estudo, seguindo pacientes por vinte anos, o grupo que não tomou qualquer psicofármaco apresentou recuperação significativamente melhor que aquele utilizou alguma droga psiquiátrica (a ponto de no décimo ano da pesquisa, 79% do grupo de sujeitos medicados terem apresentados eventos psicóticos contra 8% dos não medicados). Todavia, tais evidências não significaram um "balde de água fria" na psicofarmacologia. Ao contrário, depositava-se cada vez mais esperanças de que, em breve, novos psicofármacos mais efetivos seriam desenvolvidos.

Os fármacos prescritos, na atualidade, como psicoestimulantes começaram também a ser vendidos na primeira metade dos anos 1950. Entre esses medicamentos, o metilfenidato, quimicamente semelhante às anfetaminas, foi produzido sinteticamente em 1944 no laboratório suíço Ciba. Em 1954, essa substância passa a ser comercializada na Suíça e na Alemanha já com a atual designação de Ritalina. Em 1956, chega aos Estados Unidos.

Nesse período, a Ritalina era receitada para as mais diversas condições psiquiátricas, como auxiliar nos sintomas gerais de abatimento e de prostração (prescrição um tanto paradoxal, visto que a indicação de determinadas substâncias para transtornos peculiares era o apregoado traço distintivo desses primeiros psicofármacos). Classificados inicialmente como tônicos (ao lado da cafeína, por exemplo), as primeiras indicações eram para pessoas de meia-idade, idosos, pacientes que haviam passado pela menopausa – sem nenhuma orientação ainda para uso em crianças. Apenas a partir de 1963 pesquisas começaram a ser realizadas sobre possíveis efeitos desse psicofármaco nas síndromes infantis, então denominadas como reação hipercinética, síndrome da criança hiperativa, desordem do impulso (Maia, 2017, p.23-8).

Já em 1956, surgem as substâncias específicas para o tratamento das depressões: a imipramina e a iproniazida. Inicialmente utilizada também como antialérgico e com parentesco químico com as fenotiazinas, a imipramina começou sendo testada também para esquizofrenia e psicose (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.809). Fortuitamente, foi notado que, embora não possuísse repercussão antipsicótica, melhorava o humor dos pacientes (Cordás; Moreno, 2008, p.91; Schatzberg, 2009, p.60).

Os primeiros relatos exitosos sobre a eficácia da imipramina exclusivamente no tratamento da depressão foram feitos pelo psiquiatra suíço Roland Kuhn (1919-2005) ainda na segunda metade da década de 1950 (Côrtes, 2012, p.239). Em 1957, a imipramina (com o nome comercial de Tofranil) foi inserida no mercado pela companhia farmacêutica Ciba, com indicação específica para o cuidado da depressão (Kramer, 1994, p.67). Dessa forma, inaugurava-se a atual

classe de antidepressivos denominada de tricíclicos – pela presença de três anéis de carbono em sua fórmula (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.220).

Por sua vez, no início dos anos 1950, a iproniazida foi desenvolvida como medicamento contra a tuberculose a partir, por mais inacreditável que possa parecer, de um composto químico para combustível de um foguete alemão utilizado na Segunda Guerra (Stahl, 2014, p.458; Freitas; Amarante, 2017, p.94).[5] Suas ações antidepressivas também foram descobertas acidentalmente: ainda que diminuísse o número de bacilos no escarro, os principais efeitos que chamaram a atenção da comunidade médica foram a melhora do apetite, o aumento da energia e da sensação geral de bem-estar (Kramer, 1994, p.64; Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.219). Uma reportagem da revista *Time* sobre um hospital de Nova York relatava que os pacientes tuberculosos tratados com iproniazida bailavam nos salões, para satisfação dos repórteres fotográficos (Whitaker, 2015, p.63).

O psiquiatra estadunidense Nathan Kline (1916-1983) testou a iproniazida especificamente com pacientes psiquiátricos em 1956 e verificou que a substância era clinicamente eficaz: agia como "energizante", "euforizante", retirando os sujeitos de certo entorpecimento depressivo e proporcionando-lhes mais disposição (Côrtes, 2012, p.239). Assim, outra família de fármacos antidepressivos era lançada no mercado: os inibidores da enzima monoamina oxidase, os IMAO (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.809).

Os estudos farmacológicos sobre a atuação dos IMAO marcaram ainda o desenvolvimento da própria psiquiatria neurobiológica. Ao ser observado que esses medicamentos bloqueiam a enzima monoamina oxidase, que tem por função a catalização da noradrenalina e da

5 Trata-se do composto químico hidrazina, utilizado como combustível alternativo para os foguetes alemães V-2 em razão da escassez de propelentes convencionais como o oxigênio e etanol. Com o fim da guerra, companhias farmacêuticas adquiriram, a baixos custos, os estoques restantes dessa substância (Mendes, 2016, p.35).

serotonina, fundamentava-se a pedra angular da teoria dos desequilíbrios químicos de aminas cerebrais, de neurotransmissores, como a principal hipótese etiológica dos distúrbios mentais (Kramer, 1994, p.69; Córdas; Moreno, 2008, p.91).[6]

Com isso, os medicamentos passaram a conduzir a classificação e o diagnóstico psiquiátricos, emergindo essa "biologia menor" da psiquiatria (Pignarre, 2001; 2012), em que a resposta que o paciente apresenta à medicação define qual é o seu distúrbio mental (e não ao contrário, como na medicina em geral, na qual procura-se, primeiro, diagnosticar clinicamente e depois medicar) (Côrtes, 2012, p.239). Entretanto, graves efeitos colaterais relacionados aos IMAO observados já na década de 1960 (como elevação da pressão arterial, dores de cabeça e até mesmo mortes por hemorragia cerebral) reduziram as empolgações em relação a essa categoria de psicofármacos (Kramer, 1994, p.72).

Do início dos anos 1960 provêm os fármacos ansiolíticos, os benzodiazepínicos (Sadock; Sadock, 2013, p.90). O primeiro desses foi o clorodiazepóxido, sintetizado nos laboratórios da Roche também no final da década de 1950 em investigações para tratamento das reações ansiosas. Ao se propor tal medicamento para tensões e aflições cotidianas, essa substância alcançou grande sucesso clínico e extra-hospitalar, tornando-se a mais receitada do mundo em 1966 (Bueno, 2012, p.7).

Depois de oito anos de pesquisa, em 1963, outro benzodiazepínico, o diazepam, foi introduzido no mercado com o nome de Valium. Entre 1969 e 1982, esse fármaco foi o mais prescrito em receitas nos Estados Unidos, chegando a alcançar mais de 80% do mercado de psicofármacos – ainda que estudos nesse período demonstrassem que apenas um terço das prescrições eram para pessoas realmente com transtornos mentais diagnosticados (Côrtes, 2012, p.276; Freitas; Amarante, 2017, p.101-2).

Esses ansiolíticos também se popularizam como medicamentos para as mulheres: revistas femininas dos anos 1960 compreendiam

6 Aspecto que abordo já no próximo item deste capítulo.

tais fármacos, em uma nova dinâmica de psiquiatrização da esfera familiar, como auxiliares ao monótono cotidiano doméstico, recomendando-os para situações que iam da infidelidade do marido à peraltice das crianças (Freitas; Amarante, 2017, p.102). Em 1966, os Rolling Stones gravaram "Mothers little helper", interpretando, de forma irônica, esses fármacos como "pequenos ajudantes da mamãe": "Crianças são diferentes hoje em dia/ Eu ouço toda mãe dizer/ Hoje, mães precisam de algo pra se acalmar/ E embora elas não estejam realmente doentes/ Há uma pequena pílula amarela"[7] (tradução minha).

Entretanto, ao longo desse período, evidências começaram apontar a dependência química decorrente da utilização contínua de benzodiazepínicos. Em especial, nos usos relacionados à insônia, se, em um primeiro momento, o fármaco auxiliava no sono, com o passar do tempo a quantidade de pílulas tomadas para garantir o mesmo efeito precisava ser maior ou o paciente deveria recorrer a outro ansiolítico. E, muitas vezes, ao tentar interromper a medicação, os pacientes eram acometidos por crises de ansiedade maiores que as do início do tratamento (Freitas; Amarante, 2017, p.104).

Por último, nos anos finais da década de 1960, surgem os hoje designados estabilizadores de humor. Em um pequeno começo, um psiquiatra australiano, John Cade (1912-1980), até então desconhecido dos círculos psiquiátricos internacionais, distante dos grandes centros ocidentais de investigação farmacológica e sem nenhuma experiência anterior em pesquisas, iniciava sozinho testes com um derivado de lítio em um pequeno hospital de pacientes crônicos. O lítio já havia sido usado desde o início do século XX como tranquilizante geral, sem indicações particulares para um ou outro transtorno. Contudo, o uso descontrolado do brometo de lítio em substituição ao sódio no tratamento cardíaco levou a morte de inúmeros pacientes.

---

7 *"Kids are different today/ I hear ev'ry mother say/ Mother needs something today to calm her down/ And though she's not really ill/ There's a little yellow pill."*

Foi nesse contexto um tanto funesto que Cade começou a observar que os sais de lítio poderiam constituir uma terapêutica eficaz para os episódios maníacos (caracterizados pelo humor extremamente excitado, inquietação e ideias de grandeza). Todavia, a falta de renome desse psiquiatra australiano e os óbitos de pacientes cardiopatas pesaram, fazendo com que a indicação do lítio para mania se difundisse lentamente. Somente ao final dos anos 1960, o lítio foi retomado como medicamento psiquiátrico relativamente seguro (Kramer, 1994, p.60; Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.809).

Em suma, medicamentos das cinco tradicionais categorias de psicofármacos (antipsicóticos, psicoestimulantes, antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores de humor) entraram em cena entre as décadas de 1950 e 1960. Muitos desses medicamentos (como a clorpromazina) apresentaram, sobretudo, efeitos disciplinares sobre os internos dos manicômios (semelhante, de certa forma, aos "protopsicofármacos" do século XIX abordados no primeiro capítulo). Ainda assim, ao também se propor esses fármacos para sofrimentos e dificuldades cotidianas, delineava-se uma nova interface de uma biopolítica psiquiátrica. Não mera coincidência, nos marcos desse contexto histórico, pós-Segunda Guerra Mundial, aponta Deleuze (1992, p.220) que "sociedades disciplinares é o que já não éramos mais, o que deixávamos de ser".

Tratava-se, então, não mais da caçada extra-hospitalar aos anormais e degenerados como no final do século XIX (Foucault, 2004a; 2006a; 2010a). Pela mencionada prescrição dessa primeira geração de medicamentos psiquiátricos para as agruras do dia a dia (Rose, 2003, p.47) vinha à tona uma tática biopolítica com custos públicos menores do que os tidos com asilos (Sadock, 2007, p.604). Expandindo, de certa forma, o que Foucault (2006a, p.106) denominou de "função-psi", esses psicofármacos poderiam alcançar, em um novo processo de psiquiatrização, quase todos na sociedade (e não apenas os sujeitos que resistiam às disciplinas da família, da escola, da oficina como em meados do século XIX, conforme descrevi no capítulo primeiro). Nessa perspectiva, já em 1967, de cada três

estadunidenses adultos, um consumiu psicofármacos por meio de indicação médica (Whitaker, 2015, p.74).

Em tal contexto, essa modalidade medicamentosa de intervenção psiquiátrica se tornou também um grande e lucrativo mercado para as companhias farmacêuticas. A tal ponto que, em suas classificações nosológicas e propostas terapêuticas, a psiquiatria biológica atual é substancialmente definida por decisões comerciais e pelos desenvolvimentos e inovações produzidos nos laboratórios dessas indústrias farmacológicas (Rose, 2013, p.306).

Ainda nos anos 1950, uma primeira consequência dessa nova tática biopolítica foi a redução tanto da necessidade como da duração das internações asilares (Gerino, 2017, p.127). A própria clorpromazina foi posteriormente reconhecida como a droga que esvaziou os manicômios públicos (Kramer, 1994, p.66). Nesse sentido, nos Estados Unidos, os psicofármacos iriam também prestar seus serviços na resposta a um constrangimento público. Com a vitória dos Aliados na Segunda Guerra, os inomináveis horrores dos campos de concentração nazista vieram à luz da opinião pública, tendo o governo estadunidense que se confrontar com a existência de quase 500 mil pessoas trancadas em seus hospitais psiquiátricos. As condições degradantes desses asilos (com pacientes com vestes surradas, quando não nus, apinhados em salas insalubres, pisando em suas próprias fezes) fizeram mais de um contemporâneo recordar Buchenwald e Bergen-Belsen (Whitaker, 2015, p.53).

Contudo, esse desencarceramento dos internos psiquiátricos para tratamento medicamentoso em suas comunidades pode ter significado a liberação no tocante aos abomináveis manicômios, mas não em relação à psiquiatria. Com aspecto bem menos invasivo e munidos ainda de discursos de cuidado, os psicofármacos seriam os responsáveis – a partir de então – por realizar novas formas de controle sobre os sujeitos, graças à patologização de novas condutas e da "sobremedicalização da loucura" (Foucault, 2006a, p.453).

Outro resultado da invenção dos psicofármacos foi uma nova remedicalização das próprias práticas e discursos psiquiátricos (Ehrenberg, 2010, p.151) (de certa forma, tal como a protopsiquiatria da

primeira metade do século XIX medicalizou seus saberes e suas intervenções, como esboçado no primeiro capítulo). O desenvolvimento da psicofarmacologia fez com que a prática clínica psiquiátrica se aproximasse ainda mais do modelo da medicina orgânica em geral (Freitas; Amarante, 2017, p.88). O psiquiatra passou a ter a seu dispor fármacos exclusivos que lhe permitiam medicar comportamentos e emoções humanas do mesmo modo que outras especialidades médicas prescreviam remédios para suas patologias específicas (Siqueira, 2009, p.62).

Contrariando uma percepção comum sobre as ciências médicas – de que primeiro se descobrem as causas de uma patologia e, em seguida, se elabora a terapia apropriada –, não foi o desenvolvimento das pesquisas sobre o cérebro que levou à produção desses primeiros psicofármacos. Quando esses medicamentos começaram a ser empregados, pouco se conhecia realmente sobre os seus efeitos específicos no cérebro (Freitas; Amarante, 2017, p.81). Nenhuma dessas substâncias foi lançada após a descoberta de alguma disfuncionalidade cerebral que pudesse ter provocado os sintomas de um distúrbio psíquico (Whitaker, 2015, p.64). Na realidade, a dimensão neuromolecular do cérebro passou a ser conhecida a partir do uso desses fármacos psiquiátricos (Rose, 2013, p.278).

Dessa forma, os psicofármacos foram utilizados ainda como instrumentos de investigação a respeito dos distúrbios psíquicos. Os prováveis mecanismos de ação dos medicamentos passaram a ser testados laboratorialmente em animais, no contexto de uma lógica etiológica localizacionista tal qual a dos estudos anatomopatológicos (Sadock, 2007, p.119; Caponi, 2009b, p.335). Por conseguinte, foi nesse campo das práticas farmacológicas sobre o corpo e a subjetividade que se desenvolveram as condições de um domínio de saber que seria ocupado pelas neurociências – um tanto quanto distinto da forma como se coloca o atual discurso da psiquiatria neurobiológica, de que "a neurotransmissão química constitui o fundamento da psicofarmacologia" (Stahl, 2014, p.56).

Enfim, o que se denominou posteriormente como uma "revolução psicofarmacológica" foi, em muito, o resultado de uma série de

pequenos acasos que tornariam, a partir da década de 1970, a psiquiatria de vertente biológica e farmaceuticamente orientada como hegemônica no campo da saúde mental (Côrtes, 2012, p.237).

Do corpo molar ao corpo neuromolecular: as neurociências entram em cena

Hoje, palavras como serotonina, dopamina, noradrenalina – que denominam algumas das aminas que participam das transmissões sinápticas – já estão, em diferentes graus, incorporadas ao cotidiano de grande quantidade de pessoas (por meio de programas de TV, revistas femininas, suplementos jornalísticos sobre saúde; por pais, professores e outros profissionais de educação; na compreensão e explicação usual até mesmo de muitas de nossas dificuldades diárias). A presença desses termos em nosso vocabulário comum é um dos elementos que evidenciam a contemporânea disseminação do discurso da psiquiatria neurobiológica. Atualmente reconhecidas como entidades químicas que podem até mesmo ser rastreadas por alguns exames,[8] há não muito tempo eram meras substâncias hipotéticas cuja própria existência no cérebro era questionada (Rose, 2013, p.266). Como visto no item anterior, tais moléculas passaram a ser identificadas como as prováveis "bactérias" dos transtornos mentais a partir do uso dos primeiros psicofármacos (Whitaker, 2015, p.70).

Desses medicamentos psiquiátricos iniciais emergiu, como dito, um campo de saber que visa compreender os fenômenos e

8 Existem, por exemplo, exames que medem o índice de serotonina no corpo a partir de uma amostra de sangue ou de urina. Essa substância apresenta funções em inúmeros partes do organismo (como no aparelho gastrointestinal e no sistema circulatório, além de no cérebro), e o resultado da taxa geral dessa molécula no corpo, quando elevada, é um marcador para detecção de tumores carcinoides no sistema digestivo. Todavia, nenhum dos coeficientes apresentados em exames permitem inferir apropriadamente a presença percentual dessa substância no sistema nervoso central e muito menos a sua participação nos processos sinápticos.

mecanismos moleculares do cérebro (Ehrenberg, 2009, p.190; Freitas-Silva; Ortega, 2016, p.2). Ainda nos anos 1960, o termo neurociências foi inventado para nomear esse domínio de conhecimento que uniu uma série de disciplinas (como a psicologia, a biofísica, a genética, a estatística, entre outras) (Rose, 2010, p.322) numa abordagem molecular predominantemente reducionista do cérebro (característica já aludida no Capítulo 2). Desenvolvida de forma majoritária nos Estados Unidos até os anos 1990, as neurociências passaram a crescer expressivamente na virada para o século XXI em países da Europa, na Austrália, no Canadá, no Brasil, no Japão e na China (Vidal; Ortega, 2019, p.17).

Nesses estudos das neurociências, proveio uma das dimensões do corpo molecular: uma interface neuromolecular do ser humano. Como esbocei no primeiro capítulo, as práticas singularizantes de poder-saber disciplinares propiciaram as condições para a circunscrição de um corpo anatomofisiológico pela medicina clínica de final do século XVIII (Foucault, 1977). Para Rose (2011, p.14; 2013, p.71), tal corpo – prevalente na clínica ainda em parte do século XX – corresponde ao nível molar do organismo: a escala vital de membros, órgãos, tecidos tal como revelada ao olhar médico na dissecação e representada no atlas anatômico.

Nas quatro décadas finais do século XX, despontou uma nova perspectiva médica de interpretação da vida. A partir do desenvolvimento público e privado de pesquisas envolvendo testes clínicos, experimentos animais, estudos computacionais em genética e neurologia, a vida passou a ser compreendida também no nível molecular, em termos de códigos sequenciais de nucleotídeos, propriedades funcionais das proteínas, atividades enzimáticas intracelulares etc. (Rose 2011, p.14; 2013, p.265-6).

Tal perspectiva molecularizada da vida constituíra, desde então, o principal domínio de intervenção da biomedicina atual e uma das singularidades da biopolítica contemporânea – controlar e governar os fenômenos humanos vitais por meio de identificação, fracionamento, manipulação e recombinação de substâncias e dinâmicas moleculares (Rose, 2011, p.15).

Essa lógica na psiquiatria concentrou-se, sobretudo, no reconhecimento de neurônios, sinapses e neurotransmissores como entidades e processos implicados nos transtornos mentais (Siqueira, 2009, p.26; Azize, 2010, p.572; Brzozowski; Caponi, 2012, p.948).[9] Ainda nos anos 1950, um debate sobre como as sinapses se realizam entre os neurônios mobilizou a neurologia. A opinião então dominante sustentava que os sinais entre essas moléculas eram elétricos. Em meados dessa década, pesquisadores, realizando testes com cérebros de ratos, isolaram possíveis transmissores químicos como a acetilcolina, a serotonina, a norepinefrina e a dopamina. Com essas descobertas, o modelo químico da transmissão sináptica passou a prevalecer (Rose; 2013, p.277; Whitaker, 2015, p.72).

Os estudos contemporâneos em neurociências apontam que o cérebro humano é constituído, incrivelmente, por aproximadamente 100 bilhões de neurônios, que realizam cerca de 150 trilhões de sinapses, e que um único neurônio pode ser responsável por até 10 mil conexões sinápticas (Whitaker, 2015, p.80; Freitas; Amarante, 2017, p.79). Desse cérebro quase infinitamente complexo (Whitaker, 2015, p.82), três grupos de neurotransmissores são implicados como basilares numa suposta causalidade dos transtornos mentais (em especial, das esquizofrenias, depressões e ansiedades) e, por conseguinte, tornaram-se os principais alvos dos psicofármacos. Trata-se das já citadas dopamina, serotonina e noradrenalina (Stahl, 2014, p.24; Freitas; Amarante, 2017, p.79).

Os primeiros psicofármacos e o desenvolvimento das neurociências foram responsáveis por uma virada no estilo de pensamento da psiquiatria.[10] De um aporte psicossocial, psicanalítico e existencial

9 Outra abordagem molecular desenvolvida na psiquiatria ocorreu nos estudos genéticos em busca da identificação de sequência-base de genes que participam das sínteses de proteínas relacionadas à produção e ao transporte de determinados neurotransmissores (Rose, 2013, p.284).

10 Próximo a interpretação arqueológica de discurso por Foucault, Rose (2011, p.14) compreende estilo de pensamento como forma particular de pensar, ver e praticar que, no interior de seu contexto, permite que argumentos sejam considerados legítimos sobre certos processos elevados à condição de

do sofrimento psíquico presente na psiquiatria psicodinâmica (predominante até os anos 1960), passou-se a uma concepção biologicista, hipoteticamente mais objetiva, que começou a delinear os transtornos mentais como supostas anormalidades funcionais, estruturais ou conectivas de fenômenos moleculares do cérebro (Rose, 2003, p.54; 2013, p.271; Siqueira, 2009, p.141; Vidal; Ortega, 2019, p.166).

Em outros termos, os aspectos biográficos do sujeito (o estresse familiar, o abuso sexual e traumas de todos os tipos) não foram descartados nesse novo estilo de pensamento da psiquiatria. Todavia, sob uma hierarquia epistemológica, esses eventos passaram a ser interpretados em razão dos possíveis efeitos e impactos que acarretam na neuroquímica cerebral (Rose, 2003, p.57; Côrtes, 2012, p.254; Vidal; Ortega, 2019, p.172).

Nessa abordagem neuromolecular, os transtornos mentais não estão também inscritos de modo imutável e fatalista na constituição orgânica do sujeito. Pelo contrário, nessa perspectiva molecular que se constitui nas últimas décadas do século XX, o todo biológico é maleável, aberto às inúmeras oportunidades de intervenção e manipulação (Rose, 2017, p.223). Por conseguinte, também os padrões neuronais são considerados plásticos, passíveis de reconfigurações químicas por meio de algum psicofármaco (Ferreira, J., 2017, p.16).

Essa dinâmica de cerebralização do sofrimento psíquico (Vidal; Ortega, 2019), de corporificação da mente – "a mente é o que o cérebro faz" (Rose, 2013, p.276) – também acarretou transformações, ao menos parciais, na ontologia humana. A pessoa e sua identidade, pelo menos em parte, nivelaram-se ao órgão cerebral (Ehrenberg, 2009, p.189; Azize, 2010, p.570); uma nova interface do sujeito, um "*self* neuroquímico" passível de modulação por psicofármacos, despontou no horizonte (Rose, 2003, p.59). Novas apreciações sobre o normal e o anormal também vieram à tona. Por conseguinte, condutas e comportamentos anteriormente, talvez, considerados apenas

significativos, e fundamentem, dessa forma, intervenções entendidas como válidas sobre esses fenômenos.

estranhos, como a timidez, ou socialmente influenciados, como o alcoolismo, transformaram-se em prováveis quadros neurológicos (Vidal; Ortega, 2019, p.22).

Todavia, pressupor que os transtornos psíquicos são localizados unicamente no cérebro e passíveis de correção por psicofármacos é um tanto quanto falacioso: "isso não é ciência; é publicidade farmacêutica" (ibidem, p.70). E ainda que, por ser tomado como parte de um discurso de saber, implique inúmeros efeitos de poder e de sujeição (como processos de estigmatização em virtude da classificação do sujeito em uma categoria diagnóstica ou prejuízos na realização de algumas atividades cotidianas pelos efeitos colaterais de certos psicofármacos), um dos principais argumentos das neurociências, a hipótese dos desequilíbrios químicos como causas dos transtornos mentais, foi muitas vezes posta em questão, denominada até mesmo de mito (Freitas; Amarante, 2017, p.77).

Nesse sentido, apresento brevemente algumas análises que tratam, de forma específica, da interpretação etiológica da depressão como déficit do transmissor químico serotonina (já que o principal psicofármaco que problematizo no Capítulo 4, o Prozac, é um medicamento ISRS).[11] A serotonina é um dos neurotransmissores mais pesquisado pelas neurociências, em especial, em estudos que procuram vincular essa substância à transtornos ansiosos, depressivos, de alimentação e de sono (Siqueira, 2009, p.243). Por meio de uma explicação metafórica (numa escolha alegórica que, no mínimo de forma latente, carrega as atribuições políticas dos psicofármacos atuais), Kramer (1994, p.145) interpreta o papel cerebral dessa molécula como semelhante ao dos policiais: substâncias que estão em ronda, cruzando todo o cérebro, garantindo, ao menos potencialmente, a segurança, a não ocorrência de distúrbios.

Os supostos papéis da serotonina na etiologia dos sofrimentos psíquicos começaram a ser apontados nos anos 1950. Em 1955,

---

11 No caso da esquizofrenia, por exemplo, a mesma estrutura argumentativa é mobilizada, tratando-se, nesse caso, de um excesso de dopamina entre os neurônios.

graças a experimentos em coelhos com a reserpina, um medicamento à base de plantas utilizado para acalmar pacientes psicóticos, pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos relataram que essa substância reduzia os níveis de serotonina no cérebro, ocasionando letargia e apatia nesses animais. Observaram ainda que, ao tratarem os coelhos com imipramina ou iproniazida antes do uso da reserpina, os animais não apresentaram o torpor e sonolência característicos à utilização dessa substância. Tais psicofármacos antidepressivos pareciam bloquear, de alguma forma, a diminuição da serotonina disponível nas transmissões sinápticas (Whitaker, 2015, p.71-2).

Na década seguinte, as ações neuromoleculares da iproniazida e da imipramina sobre a serotonina e a noradrenalina foram decifradas. Em relação à serotonina, de forma sucinta, o primeiro medicamento impede, após a sinapse, a metabolização da serotonina em resíduo ácido 5-hidroxi-indolacético (5-HIAA), inibindo a já citada enzima monoamina oxidase. Por sua vez, o segundo psicofármaco bloqueia o retorno da serotonina ao neurônio pré-sináptico. Ambas as substâncias, por meios diferentes, produzem um resultado semelhante: a manutenção de moléculas de serotonina para os processos sinápticos. A partir dessas investigações, em artigo publicado nos *Archives of General Psychiatry* em 1965, pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde Mental propuseram a teoria do desequilíbrio químico como explicação etiológica dos transtornos afetivos (ibidem, p.72-3).

Essa teoria simplificou, de forma um tanto quanto reducionista, um complexo sistema biológico a um simples mecanismo patogênico: a depressão ocorreria, pois os neurônios liberariam pouca serotonina no processo de sinapse. Ao aumentar os níveis de serotonina nas transmissões entre neurônios, os antidepressivos permitiriam que as mensagens sinápticas pudessem retomar a um ritmo adequado de comunicação (ibidem, p.73 e p.81-2). Assim, a depressão pôde se assemelhar a uma doença orgânica tal qual o diabetes (baixa serotonina, em um caso; baixa insulina, em outro) (Vidal; Ortega, 2019, p.182).

Entretanto, compreender a depressão como a diabetes implica a descoberta de biomarcadores que permitam a realização de diagnósticos com base em critérios majoritariamente biológicos (mesmo que se compreenda os biomarcadores como referências mais de vulnerabilidade e riscos de grupos específicos do que fatores preditivos individuais) (ibidem, p.182-4). E esse é um dos aspectos nos quais a teoria do desequilíbrio de neurotransmissores tem encontrado mais dificuldades.

Ainda que seja possível rastrear a quantidade do metabólito da serotonina (o 5-HIAA) no líquido cefalorraquidiano, os resultados de pesquisas com essas técnicas não foram conclusivos. Se o baixo nível de serotonina foi postulado como causa para a depressão, qualquer sujeito nessa condição deveria apresentar patamares de 5-HIAA mais baixos que os de indivíduos não deprimidos. Os primeiros relatos de estudos sobre esses possíveis biomarcadores, realizados pela Universidade Yale em 1969, demonstraram que pacientes deprimidos apresentavam níveis inferiores desse metabólito da serotonina na amostra do fluído cerebrospinal, mas não significativamente menores. Em 1974, nova pesquisa na mesma universidade relatou que pacientes com depressão que não fizeram uso de psicofármacos apresentaram níveis normais, em relação aos sujeitos não deprimidos do grupo de controle, de 5-HIAA. Em 1975, uma pesquisa sueca veio a público argumentando que sujeitos deprimidos com patamares baixos do metabólito da serotonina poderiam ser mais propensos ao suicídio que outros. Entretanto, inúmeras outras pesquisas posteriores não conseguiram realizar a comprovação efetiva dessa teoria, nem mesmo para esse pressuposto subconjunto bioquímico de depressivos mais suscetíveis a tirar a própria vida (Whitaker, 2015, p.83).

Em meados de 1980, pesquisadores do Instituto de Saúde Mental estadunidense chegaram a proclamar que aumentos ou diminuições dos níveis de serotonina, por si, não pareciam estar de alguma forma associados à depressão (ibidem, p.85). A despeito desses insucessos na validação desse argumento, as neurociências depositavam esperanças de que, em futuro próximo, se avançaria na compreensão das

redes neuromoleculares relacionadas aos transtornos mentais (em especial, como veremos em próximo item, o surgimento do Prozac em 1987 e seu sucesso comercial teriam um papel significativo como suporte atual dessa teoria).

Outro vetor de pesquisas em neurociências que procura localizar, identificar e interpretar os sistemas neuromoleculares imbricados às possíveis etiologias de patologias psíquicas se fundamenta nas novas tecnologias computadorizadas de imagem e de escaneamento do cérebro humano (Siqueira, 2009, p.141; Azize, 2010, p.569; Rose, 2013, p.29). Essas tecnologias alegam promover uma visão molecular para um corpo agora molecularizado (tal como o raio-X e os ultrassons permitiam uma abordagem molar do corpo como conjunto de órgãos). Além do PET Scan e da espectroscopia cerebral (mencionados no capítulo anterior), pode-se destacar ainda a tomografia por emissão de fóton único (SPECT)[12] e a ressonância magnética funcional (fMRI)[13] como mecanismos de visualização e projeção em tempo real do interior do cérebro em atividade (Vidal; Ortega, 2019, p.196).

Tais tecnologias de neuroimagem carregam certa primazia epistemológica como evidências que permitem asseverar que distúrbios mentais podem ser transtornos cerebrais (Siqueira, 2009, p.171; Vidal; Ortega, 2019, p.182). Nas relações discursivas entre psiquiatria e paciente, esses recursos tecnológicos participam de uma nova estratégia de poder psiquiátrico (Foucault, 2006a, p.165) ao intensificar algumas características da realidade (por exemplo,

---

12 A tomografia por emissão de fóton único (ou SPECT, da sigla em inglês para Single Photon Emission Computed Tomography) é uma técnica da medicina nuclear que permite a produção de imagens funcionais e anatômicas do sistema nervoso central por meio da aplicação intravenosa de um radiofármaco. Ao acompanhar o fluxo sanguíneo e a demanda funcional de partes do cérebro, essa substância emite a radiação necessária para o equipamento construir imagens das regiões cerebrais mais requisitadas.

13 A ressonância magnética funcional (ou fMRI, acrônimo também em inglês para Functional Magnetic Resonance Imaging) é uma modalidade de exame de imagem que permite detectar variações no fluxo sanguíneo em resposta às atividades neurais.

regiões cerebrais mais ou menos mobilizadas) no convencimento do sujeito sobre seus transtornos. Nessa acepção, de forma um tanto quanto análoga à psiquiatria alienista francesa de meados do século XIX – que organizava as relações asilares (a dissimetria de poder entre médico e interno; uma existência manicomial inferior ao mundo exterior; a fixação de uma identidade estatutária) como forma de coerção e persuasão do louco, conforme esbocei no primeiro capítulo –, as neuroimagens contemporâneas podem exibir aos pacientes as suas anomalias, produzindo a "verdade" de seus transtornos (Siqueira, 2009, p.172).

Não obstante essa característica de intensificação da realidade, as pesquisas em neurociências por meio desses recursos de imagem também não são conclusivas. Um primeiro obstáculo reside na identificação do local do cérebro afetado pelo transtorno em razão da heterogeneidade clínica dos casos e das diferenças anátomo-moleculares entre os sujeitos, que constituem uma fonte expressiva de variabilidade (Vidal; Ortega, 2019, p.188). Nesse aspecto, por exemplo, uma pesquisa de 2008 (apud Vidal; Ortega, 2019, p.197), que analisou estudos de escaneamento cerebral nos quais pacientes diagnosticados com transtorno bipolar foram acompanhados por 25 anos por meio de mais de 7 mil imagens de ressonância magnética, apontou que as regiões do cérebro envolvidas na patologia em questão permaneciam mal definidas.

Uma segunda dificuldade nas pesquisas etiológicas de transtornos mentais por meio de neuroimagem corresponde à definição se as alterações expressas por essas tecnologias (por exemplo, mudanças na oxigenação sanguínea cerebral na comparação entre pacientes e controles) se referem aos fatores causais de uma patologia ou se, inversamente, são consequências decorrentes já da doença (Vidal; Ortega, 2019, p.187). Diante desses impasses, pesquisadores em neuroimagem se abstém de falar diretamente em termos de causa: as anomalias verificadas *podem* desempenhar um papel etiológico, estão *potencialmente* envolvidas nos transtornos mentais.

Todavia, apesar da ausência tanto de marcadores biológicos confiáveis como de neuroimagens conclusivas, o argumento psiquiátrico

do desequilíbrio químico de aminas como causa dos transtornos mentais é ainda predominante na psiquiatria neurobiológica. Explicações neuroquímicas sobre complexas funções cerebrais implicadas à diversas patologias orgânicas e comportamentais (como sinapses inadequadas, mecanismos associados à redução de neurotransmissores, potencial de passagem entre os canais iônicos das membranas de neurônios) se sucedem nos mais influentes periódicos científicos como *Jama* ou *The Lancet* (Caponi, 2007, p.348).

Em parte, a presença contemporânea dessa teoria pode ser explicada pelo papel que desempenha na indústria farmacêutica. Se as enfermidades mentais resultam de desequilíbrios químicos no cérebro, a inovação psicológica se fundamenta na constante busca pela especificação de uma molécula com ação neuroquímica diferenciada e pretensamente mais eficaz, em relação aos psicofármacos já existentes, na retificação da anomalia neuromolecular de cada transtorno (Kramer, 1994, p.80; Caponi, 2007; p.349; Saint-Hilaire, 2009, p.142; Rose, 2010, p.308; 2013, p.277-8; Freitas; Amarante, 2017, p.77).

Em outros termos, a teoria do desequilíbrio químico participa de um processo cíclico de retroalimentação que se mantém desde os anos 1960: se os primeiros psicofármacos propiciaram parte das condições epistêmicas para a emergência dos estudos neurocientíficos, esses, por sua vez, apontam novas substâncias com suposta ação neuromolecular como possíveis agentes terapêuticos para os transtornos mentais (Rose, 2011, p.15; 2013, p.282).

Como fórmula de marketing (Vidal; Ortega, 2019, p.169), esse pressuposto psiquiátrico foi também repetidamente utilizado: sempre que pesquisadores identificavam o mecanismo neuromolecular de uma substância, o público era informado que algum transtorno era corrigido pelo seu uso (Whitaker, 2015, p.89). Nesse sentido, por exemplo, nos anos 1960 a Merck vendeu não apenas a amitriptilina (um antidepressivo tricíclico), mas também a ideia de que a depressão era combatida por esse psicofármaco em virtude de sua ação neuroquímica. Mais de 50 mil cópias de um livreto publicado por essa companhia farmacêutica, *Recognizing the Depressed Patient* [Reconhecendo o paciente deprimido], foram distribuídos nos

Estados Unidos para médicos generalistas e ao público em geral, divulgando esse suposto efeito neuromolecular do medicamento (Rose, 2003, p.54).

Entretanto, guardadas as singularidades de cada área médica, afirmar, por exemplo, que a depressão é causada pelo déficit de serotonina é "tão lógico quanto se dizer que as dores de cabeça são causadas pela falta de aspirina no corpo" (Freitas; Amarante, 2017, p.81). Além disso, diferente do que coloca a publicidade farmacêutica sobre a suposta ação neuromolecular dos psicofármacos, esses medicamentos carecem dessa especificidade, com reações em outras funções corporais nas quais a serotonina está implicada, e possuem efeitos cumulativos que vão além dos sintomas ou transtornos singulares para os quais são prescritos (Vidal; Ortega, 2019, p.169).

Um segundo fator que permite compreender a permanência da teoria dos desequilíbrios neuroquímicos na psiquiatria, a despeito de todos os questionamentos e de pesquisas não conclusivas, refere-se à função que esse argumento exerceu no já mencionado processo de remedicalização da psiquiatria, de reinserção da psiquiatria num modelo médico-biológico ao longo da segunda metade do século XX.

Por meio de tal perspectiva, as patologias psíquicas e, de maneira geral, os afetos humanos passaram a ser interpretados, como já visto, a partir do funcionamento fisiólogo do cérebro, sendo reduzidos estritamente ao corpo (Ehrenberg, 2004, p.150; Côrtes, 2012, p.21; Freitas; Amarante, 2017, p.80). De certa forma, no processo contemporâneo de psiquiatrização das condutas, a teoria do desequilíbrio neuroquímico desempenha um papel semelhante ao da noção de instintos que, como mencionado no primeiro capítulo, permitiu a psiquiatria alienista francesa da primeira metade do século XIX trazer para os domínios da medicina tanto os grandes distúrbios de comportamento como as pequenas irregularidades mais elementares (Foucault, 2010a, p.112).[14]

---

14 Nesse sentido, a teoria dos desequilíbrios neuroquímicos fundamenta ainda o esboço de uma neurocriminologia que começa a despontar no início do século XXI. Em visita ao Brasil em 2013, o professor de psiquiatria e criminologia da

Nessa perspectiva neurobiológica, a psiquiatria não restringiu sua atuação apenas ao campo das enfermidades mentais: estendeu sua intervenção sobre âmbitos que até então não eram considerados estritamente patológicos – seja na produção de bem-estar pelo controle da ansiedade e impulsos (Siqueira, 2011, p.228), seja na otimização de processos do corpo e da mente como cognição, atenção e disposição (Rose, 2013, p.32-3).

Esse modelo de abordagem médica presume ainda uma maior objetividade do diagnóstico psiquiátrico, já que este independe ou, ao menos, coloca-se como hierarquicamente superior aos fatores subjetivos da experiência individual da doença mental, tratada agora como semelhante a qualquer outra patologia física (Rose, 2003, p.57; Ortega, 2008, p.486; Corbanezi, 2015, p.115; Barbarini, 2016, p.162). Dessa forma, adentra-se cada vez mais no domínio de especialistas médicos que diagnosticam os padecimentos até mais triviais como transtornos específicos e limitam as escolhas terapêuticas à resposta farmacológica (Caponi, 2012a, p.120).

Em suma, a partir da segunda metade do século XX, realizou-se um deslocamento – na medicina em geral e, em particular, na psiquiatria – no qual se passou da tessitura externa e interna do corpo orgânico molar como herdado da medicina clínica do século XIX para o âmago molecular do cérebro como o novo domínio biopolítico aberto à intervenção, sobretudo, dos psicofármacos.

Por último, a despeito dos inúmeros questionamentos e dos poucos avanços conclusivos em neurociências, a esperança no desenvolvimento dos estudos que tragam novas evidências sobre a etiologia e a fisiopatologia dos transtornos mentais, novos biomarcadores e novos medicamentos mais específicos e seletivos é uma presença constante nesse campo do conhecimento (Vidal; Ortega, 2019, p.189).

Universidade da Pensilvânia e um dos precursores desse campo, Adrian Raine, definiu a neurocriminologia como uma nova disciplina que aplica os estudos de imagem cerebral, neuroquímica e psicofisiologia para interpretar as causas dos crimes: "Queremos entender o cérebro por trás não só dos criminosos comuns, mas também o de psicopatas, criminosos de colarinho branco e homens que batem em suas esposas" (Raine, 2013).

"O tiro saiu pela culatra": expansão extra-asilar da psiquiatria como efeito das lutas antipsiquiátricas

As censuras à atuação da psiquiatria asilar são contemporâneas de sua proveniência, ainda no final do século XVIII (Foucault, 2006a, p.448; Corbanezi, 2018b, p.1) – semelhante às críticas à prisão, presentes desde a sua emergência como tecnologia penal no começo do século XIX (Foucault, 1987, p.234). Em especial, nas décadas de 1960 e 1970, emergiu um rol de forças e lutas que se posicionaram de maneira contundente em relação às práticas psiquiátricas asilares segregadoras e autoritárias (Freitas; Amarante, 2017, p.54). Tais forças participaram da formação da interface principal desse poder-saber que viria a nos ser legada: uma psiquiatria biológica extra-asilar e fundamentada na prescrição de psicofármacos (como possibilidade de tratamento fora dos muros manicomiais).

Denominadas genericamente de lutas antipsiquiátricas, essas forças estavam longe de compor um movimento unitário. Suas estratégias, discursos e objetivos eram os mais variados: da humanização e reforma do manicômio, passando pela substituição do modelo hospitalar por serviços ambulatoriais e por propostas de prevenção ao adoecimento psíquico até a bandeira da desmedicalização da loucura (Filho; Lemos, 2012, p.54-5). Em comum, o questionamento do "papel do psiquiatra outrora encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar" (Foucault, 2006a, p.448).

A emergência dessas lutas antipsiquiátricas pode ser inserida no contexto das efervescências contestatórias feminista, negra, sindical, estudantil, *gay* e lúmpen que marcaram os anos 1960-1970: da contracultura *beatnik* estadunidense (Oliveira, W., 2011, p.149-51) aos autonomistas italianos (Tarì, 2013, p.57), passando pelo Maio de 68 francês (Corbanezi, 2018b, p.14).

Em uma perspectiva panorâmica, é possível uma distinção nas forças antipsiquiátricas entre o que se pode denominar de "reformistas" – os que propunham a reforma da instituição asilar e os que objetivavam a redução da assistência centralizada no hospício com a expansão psiquiátrica profilática extramuros – e de "radicais" – que

visavam romper com o equipamento psiquiátrico tradicional (médico-centrado e asilar). Entre os "reformistas", situavam-se os modelos da comunidade terapêutica inglesa, a psicoterapia institucional francesa e a psiquiatria comunitária/preventiva estadunidense. Entre os "radicais", encontravam-se a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria democrática italiana (Corbanezi, 2018b).

Preconizando a reforma da instituição psiquiátrica asilar, as comunidades terapêuticas inglesas, estruturas sociais com perspectivas horizontais e igualitária, tinham como pressuposto fundamental a desconstrução da autoridade médica no hospital psiquiátrico. Para tanto, a condução de atividades terapêuticas era responsabilidade também dos próprios internos, de seus familiares e da comunidade adjacente. Por sua vez, a psicoterapia institucional francesa visava reorganizar e recuperar o manicômio a partir do viés psicanalítico, colocando em funcionamento o princípio, semelhante ao das comunidades terapêuticas, de que todos os sujeitos da instituição (técnicos, auxiliares, pacientes) cumpririam também um papel terapêutico (Corbanezi, 2018b, p.5-6).

Já prescrevendo a redução do modelo hospitalar e a expansão psiquiátrica extramuros, a psiquiatria de setor, como política pública francesa na década de 1960, consistiu na implantação de centros regionais de assistência à saúde mental compostos por equipe multiprofissional (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros). Nessa configuração de serviço psiquiátrico, o hospital era mantido como um equipamento intermediário e necessário para certos casos. A psiquiatria comunitária/preventiva, desenvolvida nos Estados Unidos como política assistencial também nos anos 1960, organizou, por seu turno, um modelo extra-hospitalar baseado na atuação em três níveis: primário, de prevenção social e individual do desencadeamento da patologia psiquiátrica; secundário, de diagnóstico e tratamento precoces a fim de evitar a cronificação do transtorno; terciário, de reabilitação do indivíduo pós-alta à sociedade (Corbanezi, 2018b, p.7-8).

Por último, a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria democrática italiana visavam romper definitivamente com a tecnologia

psiquiátrica asilar tradicional. A partir das concepções dos psiquiatras David Cooper (1931-1986) e Ronald Laing (1927-1989) – de que a doença mental não é um fato biológico, uma entidade nosológica, mas um produto social –, a antipsiquiatria inglesa defendia a desmedicalização das experiências de loucura. Em razão, argumentavam, da impossibilidade de reduzir um comportamento, no máximo desviante, à objetividade científica de patológico. Dessa forma, constituía uma proposta que se colocava mais além de simplesmente desospitalizar os pacientes. Tratava-se da desinstitucionalização médica da doença mental: liberar a loucura do controle e repressão do poder médico para que ela tivesse condições de vir a manifestar a sua própria verdade (Corbanezi, 2015, p.74; 2018b, p.11).

Baseada nos trabalhos do psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) e vinculada à desativação dos manicômios na Itália em 1978, a psiquiatria democrática compreendia a questão da loucura como um problema político e econômico. Para esse movimento, o hospital psiquiátrico seria marcado por relações de poder e pela reprodução das desigualdades de classe – características também observadas por Foucault (2006a, p.158) na descrição realizada sobres os asilos oitocentistas de Clermont e de Fitz-James que menciono no primeiro capítulo. Por essa razão, o objetivo dessa frente de lutas não era humanizar o hospício, mas superá-lo por meio da implantação de centros terapêuticos comunitários, regionais e autogeridos pelos próprios pacientes. Distinta da antipsiquiatria inglesa, a psiquiatria democrática italiana não negava a realidade psicopatológica da loucura, mas ressaltava suas raízes também na marginalização socioeconômica (Corbanezi, 2018b, p.11-3).

Todavia, as transformações nas práticas psiquiátricas decorrentes dessas lutas viriam responder também a um próprio saturamento da psiquiatria asilar. Disseminado nos Estados Unidos, na França e em outros países europeus até pelo menos os anos 1960, o sistema asilar, em seu papel de governo biopolítico dos riscos e perigos sociais, apresentava fissuras. Por um lado, seu valor preventivo era muito baixo: somente intervinha após o indivíduo ser claramente reconhecido como uma ameaça por seus sintomas e atos (e muitas

vezes interferia até tarde demais para evitar algum dano). Por outro, era um equipamento social de ação limitada em termos de abrangência quantitativa (de sujeitos asilados em relação aos não asilados), mas muito custoso tanto em valores econômicos como políticos (Castel, 2011, p.8).

A partir de um exercício de distinção realizado por Foucault (1995, p.234-5) a respeito das lutas que lhe eram contemporâneas, essas diferentes linhas de forças antipsiquiátricas podem ser caracterizadas, em graus díspares, como: a) lutas transversais, não limitadas a um único país ou a uma forma política e econômica específica de governo; b) contra os efeitos prementes do poder médico-psiquiátrico sobre o corpo, a psique, a vida e a morte dos sujeitos; c) lutas contra as instâncias de poder-saber imediatas, em confronto com os inimigos mais próximos (o hospício, o médico, o regime asilar em geral); d) lutas que colocam em disputa um estatuto do indivíduo, contra o que se pretende ligar à identidade do sujeito de modo coercitivo (no caso, um diagnóstico rotulador hierarquicamente estabelecido por uma autoridade de saber); e) contestações aos privilégios do saber e da competência sobre a loucura e questionamentos da forma como esse saber circula e funciona com as relações de poder.

Nas palavras do próprio Foucault (2006a, p.447), o que estava em questão no cerne dessas lutas antipsiquiátricas era o próprio poder do médico: "Seu poder e o efeito que ele produzia no doente, mais até que seu saber e a verdade do que dizia sobre a doença". Ou seja, o ponto principal de contestação não era o valor de verdade do conhecimento psiquiátrico (como a exatidão diagnóstica ou a eficácia terapêutica).

De fato, o que se colocava no centro das disputas – em especial, nas antipsiquiatrias "radicais" – eram as relações de poder disciplinares intrínsecas às práticas psiquiátricas asilares tradicionais (o esquadrinhamento espacial dos internos, a vigilância constante, os instrumentos punitivos-terapêuticos). Relações de poder disciplinares que desde o século XIX haviam permitido, a partir do interior do hospício, a produção de um conhecimento sobre a loucura, que por sua vez corroborou a licitude desse poder-saber psiquiátrico sobre

os corpos dos asilados (Foucault, 2006a, p.421-52). Dessa forma, tratava-se de uma tentativa de invalidar a transformação da loucura em doença mental tal como foi empreendida entre o final do século XVIII e ao longo do XIX (como esboçado no capítulo primeiro). Enfim, mais do que uma crise de toda a psiquiatria, o que se apontava era para uma exaustão da tecnologia psiquiátrica disciplinar-asilar. Por conseguinte, vinha à tona mais um presságio de crise da própria sociedade disciplinar, como diagnosticado por Deleuze (1992).

Em reação à essas diferentes forças antipsiquiátricas, o campo psiquiátrico se reconfigurava, visando manter suas prerrogativas de poder e de produção de conhecimento sobre os corpos e as subjetividades. Em particular, uma linha adotada foi a da "despsiquiatrização" da medicina mental (ou de remedicalização da psiquiatria e de "sobremedicalização da loucura", como referi anteriormente) em relação às práticas asilares clássicas (Foucault, 2006a, p.448-50).

Nesse processo, a psiquiatria tem pretendido reduzir as patologias psíquicas aos mínimos sinais e sintomas suficientes para a diagnose. Entre os meios pelos quais vêm se procurando realizar a "despsiquiatrização" da medicina mental, podem-se destacar: as já citadas buscas por biomarcadores e pesquisas com tecnologias de imagem (em vez da observação do interno ao longo de toda temporada asilar); a operacionalização da noção de transtornos como síndromes a partir do DSM-III (com a enumeração de sintomas como forma de chegar ao diagnóstico – ponto que abordo no próximo item); a utilização de recursos estritamente indispensáveis para a supressão desses sintomas (como os psicofármacos).

Nesse sentido, os primeiros psicofármacos desempenharam, como já mencionado, um papel crucial nessa desospitalização da doença mental decorrente das lutas antipsiquiátricas. Em especial, ao longo da década de 1980 em muitos países da Europa e nos Estados Unidos, o uso de psicofármacos, em um papel de controle e de contenção contemporânea da loucura, constituiu a base do sistema psiquiátrico para a manutenção dos indivíduos com distúrbios fora dos asilos e vivendo em comunidade (Rose, 2013, p.291; Gerino, 2017, p.54).

Concomitantemente, um potente mercado para as inúmeras categorias de psicofármacos também se constituía com base nesses sujeitos que deveriam consumir esses medicamentos de forma contínua ao longo de suas existências (Gerino, 2017, p.60). Apenas no Brasil, os gastos públicos federais com psicofármacos saltaram de cerca de 35 milhões de reais em 2002 (um ano após a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica) para mais de 263 milhões em 2009 – valor quase semelhante ao do custeio federal de toda a rede Caps nesse ano (Fonte, 2013).

De maneira efetiva, uma interface neoliberal de governo psiquiátrico das condutas se configurava. Se a liberdade, como apresentado na introdução, constitui um dos principais expedientes nas estratégias de governamentalidade neoliberal (Foucault, 2008b), esse recurso passou a ser mobilizado, com a disponibilidade dos psicofármacos, pela psiquiatria na sofisticação de suas formas de governo dos comportamentos e humores. Por meio da instrumentalização da liberdade do paciente psiquiátrico em relação às instituições disciplinar-asilares, constituíam-se novas táticas de governo da subjetividade: os indivíduos passaram a ser engajados, a desejarem os psicofármacos como uma das garantias de sua liberdade.

Parafraseando Preciado (2018a, p.245) – a respeito da exploração da retórica emancipatória do movimento feminista dos anos 1960 no governo químico e contraceptivo do corpo feminino pelos hormônios como mais um episódio da liberação sexual – pode-se afirmar que um fenômeno semelhante se deu no campo da psiquiatria: um usufruto da bandeira antipsiquiátrica de desospitalização como um dos suportes para a promoção de um governo neuroquímico, extra-asilar e menos rígido e pesado (em comparação aos panópticos psiquiátricos) dos corpos-sujeitos psiquiatrizados.

Por conseguinte, apesar de certo sucesso obtido na desospitalização dos doentes mentais, um dos efeitos colaterais das contestações capitaneadas por essas distintas forças acabou sendo não o enfraquecimento da psiquiatria, mas sua generalização capilarizada para além dos altos muros dos hospícios (Siqueira, 2009, p.46; Corbanezi, 2015, p.77; 2018b, p.14-5). Nesse sentido, argumenta Castel (1987,

p.15) a respeito da psiquiatria de setor francesa – mas passível de generalização às outras frentes de oposição à psiquiatria asilar (Corbanezi, 2018b, p.7) – que as transformações ocasionadas por essas forças acabaram atualizando e aprimorando as práticas psiquiátricas de controle social.

Um fato que viria também atenuar a potência das frentes "radicais" das forças antipsiquiátricas foi a captura e a redução dos modelos por elas preconizados em políticas públicas de Estado (Siqueira, 2009, p.45). O modelo basagliano, por exemplo, influenciou muitas das políticas de saúde mental no Brasil, em especial, na tomada do hospício como alvo principal de combate (Rose, 2020, p.9). Contudo, a redução desses movimentos a políticas públicas antimanicomiais negociadas compôs uma realidade na qual se manteve, ao menos em parte e com outras denominações e configurações, os espaços asilares, agora em conjunto com práticas ambulatoriais a céu aberto (Passetti, 2012, p.107).

Nessa perspectiva, ainda em 2018 existiam mais de 15 mil leitos públicos em hospitais psiquiátricos no Brasil (Veiga, 2020, p.79), contra cerca de 52 mil leitos em 2001, ano da implantação legal da Reforma Psiquiátrica.[15] Isso desconsiderando os leitos privados e os serviços asilares dissimulados sob nomenclaturas de comunidades terapêuticas e clínicas particulares. De certa forma, tais equipamentos avançam na retomada contemporânea de uma indústria da loucura diante da desospitalização incompleta operacionalizada no Brasil em razão dos baixos investimentos financeiros em saúde mental e pela precariedade de serviços (Filho; Lemos, 2012, p.62; Fonte, 2013, n.p.; Gerino, 2017, p.28).

De forma um tanto quanto semelhante à psiquiatria francesa do século XIX, delineada no primeiro capítulo, pode-se observar em curso um processo de obtenção de lucro econômico das irregularidades (Foucault, 2006a, p.141). Contudo, dessa vez, uma espoliação

15 Sobre o papel da prática de internação psiquiátrica no modelo de serviços públicos de saúde mental no Brasil após a operacionalização legal da Reforma Psiquiátrica em 2001, pode-se conferir Veiga (2020).

não apenas das classes abastadas, mas de todas as famílias que acabam não tendo outras vias de cuidados para os entes transtornados.

Em suma, o aviso de Foucault (1994, p.232, tradução minha) em entrevista de 1971 já prenunciava, de certa maneira, os efeitos que essas diferentes linhas de força legariam: "é necessário prestar atenção: o movimento da antipsiquiatria, que se opõe à noção de asilo, não deve levar à exportação da psiquiatria para fora do asilo, multiplicando suas intervenções na vida cotidiana". [16]

A "Bíblia" da psiquiatria se fez mais presente entre nós

Alicerçadas em uma pressuposta legitimidade médico-científica, as classificações de inúmeros comportamentos e atitudes como alvos da psiquiatria acompanham a própria história dessa tecnologia de poder-saber (Bezzera Jr., 2010, p.122). Como resultados de processos de construção social pela psiquiatria – entrelaçada em distintas condições históricas, morais, políticas e institucionais – de seus próprios objetos de intervenção (Freitas; Amarante, 2017, p.46-7), tais categorias psiquiátricas possuem suas proveniências enraizadas em dois processos: um clínico-diagnóstico e um estatístico.

A partir dos trabalhos de Pinel, Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) e de outros alienistas franceses, as primeiras publicações dos *Annales Médico-Psychologique* em 1838 já traziam as categorias de lipemania (ou melancolia), monomania, demência, insanidade paralítica e idiotia (Berrios, 2008, p.120). Ainda no final do século XIX, o psiquiatra alemão Emil Kraepelin (1856-1926) produziu um modelo clínico de nosologia psiquiátrica baseado nas observações dos sintomas (Ferrazza; Cruz, 2018, p.11). De maneira análoga aos outros ramos clínicos da medicina (Martinhago; Caponi,

16 *"On doit cependant faire attention : le mouvement de l'antipsychiatrie, qui s'oppose à la notion d'asile, ne doit pas conduire à exporter la psychiatrie au-dehors en multipliant les interventions dans la vie quotidienne."*

2019a, p.75), a lógica classificatória de Kraepelin pressupunha que sintomas semelhantes se refeririam a uma específica entidade patológica que aludiria a uma suposta etiologia em comum e mesma terapêutica (Freitas; Amarante, 2017, p.49-52). Por conseguinte, o tratamento se vinculava ao diagnóstico que requisitaria uma classificação única e aplicável das patologias psiquiátricas.

Nesse sentido, uma das contribuições de Kraepelin à psiquiatria contemporânea foi uma sistematização descritiva das doenças mentais, distinguidas em três grandes grupos patológicos: as loucuras maníaco-depressivas, as demências precoces e as loucuras de degeneração. Ao longo das oito edições de seu *Manual de Psiquiatria* entre 1883 e 1915, dentro desses três grupos principais, surgiriam menções à loucura obsessiva, à misofobia (medo mórbido de sujeira e contaminação), à piromania, à cleptomania, ao impulso homicida, aos instintos sexuais contrários, entre inúmeras outras categorias (Caponi, 2012b, p.148-51).

Como parte de um instrumento biopolítico para obtenção estatal de conhecimento sobre as populações (Foucault, 2008a), uma categorização de tipos de doença mental emergiu também no censo estadunidense de 1840. Nesse levantamento baseado em dados dos asilos psiquiátricos, o governo dos Estados Unidos assinalava dois tipos de doenças psíquicas: a idiotia e a insanidade (Rose, 2013, p.276). Já o recenseamento estadunidense de 1880 registrava sete conjuntos de patologias mentais: mania, melancolia, monomania, paresia (perda parcial da motricidade), demência, dipsomania (alcoolismo) e epilepsia (Giusti, 2016a, p.201).

A partir dessas sondagens estatísticas, foi desenvolvido, em 1918, o *Manual estatístico para o uso de instituições de insanos*. Construído pelos Departamento do Censo, Comitê Nacional de Higiene Mental e Associação Americana Médico-psicológica (fundada em 1892 e que assumiu a atual designação de APA em 1921), esse guia trouxe 22 categorias diagnósticas, entre as quais, psicose, demência precoce, paranoia e neurose (Martinhago; Caponi, 2019a, p.76). Sob influência dessa classificação, em 1948, a OMS introduziria pela primeira vez, em sua sexta edição do CID, um

capítulo reservado às patologias mentais com 26 categorias arroladas (Giusti, 2016a, p.202).

De certa forma como contraposição a essa versão do CID, a APA lançou o primeiro DSM em 1952. Com foco principal na prática clínica estadunidense e sem grandes pretensões de rigor científico (Russo; Venâncio, 2006, p.465), o DSM-I listou 106 categorias diagnósticas divididas em dois grandes grupos (Araújo; Lotufo Neto, 2013, p.100). Em um primeiro, as patologias se vinculavam às prováveis disfunções cerebrais orgânicas, numa etiologia de cunho predominantemente biológico. O segundo conjunto foi marcado pela influência da psicanálise, trazendo uma base etiológica para as doenças mentais focada nos traumas e pressões que atravessam as existências dos sujeitos (Giusti, 2016a, p.204).

Em 1968, o segundo manual da APA enumerou 182 diagnósticos. Nessa edição, a prevalência de um paradigma psicanalítico ou psiquiátrico-dinâmico na compreensão, classificação e possível terapêutica das doenças mentais se consolidou: noções como neurose e conflito neurótico são frequentes em quase todo DSM-II (Russo; Venâncio, 2006, p.464).

Todavia, essa segunda edição do DSM recebeu inúmeras críticas. No contexto interno às práticas da psiquiatria, o manual foi censurado por suas categorias de diagnóstico pouco adequadas ao cotidiano clínico, dado o distanciamento em relação aos demais ramos da medicina tradicional (Siqueira, 2009, p.26). Em confronto com a perspectiva psicanalítica e diante de certo sucesso dos primeiros psicofármacos, psiquiatras perfilados a uma vertente biológica criticavam ainda a suposta ineficácia das terapêuticas psicodinâmicas nos transtornos mentais mais graves (Henriques, 2015, p.95).

Além das objeções de algumas das forças antipsiquiátricas às rotulações de inúmeras condutas como patologias médicas, o DSM-II sofreria também, nos Estados Unidos, restrições por parte das companhias de seguros de saúde, que limitaram a cobertura de inúmeros tratamentos psiquiátricos alegando pouca clareza terminológica dos diagnósticos. Em especial, na restrição às terapias psicanalíticas cujo tempo de intervenção não era passível de previsão nos orçamentos

(Côrtes, 2012, p.241; Henriques, 2015, p.95). Por fim, existiam ainda pressões das companhias farmacêuticas por uma classificação de patologias mentais clinicamente aplicável, tanto para facilitar a realização das pesquisas necessárias à aprovação de registros de novos fármacos, visto que a FDA exigia a comprovação de que a substância fosse eficaz para um transtorno específico, como para o reembolso dos medicamentos pelas seguradoras de saúde estadunidense (Russo; Venâncio, 2006, p.466; Barbarini, 2016, p.148; Aguiar; Ortega, 2017, p.903). Tais questões evidenciam como as sucessivas edições do DSM se devem mais a confrontos, negociações e concessões de inúmeros interesses não necessariamente médicos do que a um avanço do conhecimento científico da psiquiatria (Barbarini, 2016, p.180; Freitas; Amarante, 2017, p.45).

Nesse contexto, entre 1974 e 1979, a APA organizou uma revisão do DSM-II que resultaria na publicação de sua terceira edição. Coordenado pelo psiquiatra Robert Spitzer (1932-2015), o grupo de trabalho que elaborou o DSM-III foi formado por psiquiatras biológicos ligados à Universidade de Washington, denominados de neokrapelinianos e que seriam responsáveis ainda pela produção (em 1992) e revisão (em 2000) da quarta versão do DSM (Siqueira, 2009, p.62; Caponi, 2012b, p.165; Aguiar; Ortega, 2017, p.899). De saída, na composição dessa equipe, a APA já se colocava em oposição à perspectiva psicanalítica então predominante (Côrtes, 2012, p.245).

Com base nos estudos populacionais, em dados epidemiológicos e no já mencionado desenvolvimento das neurociências, o grupo de elaboração do DSM-III construiu um sistema de catalogação clinicamente mais aplicável. Agrupadas como síndromes – com base nos sintomas manifestos tal como as classificações de Kraepelin e em razão da inexistência de uma etiologia biológica confiável das patologias psíquicas – e utilizando um único vocabulário de referência, as categorias trouxeram critérios detalhados para diferenciação dos diagnósticos (Schatzberg, 2009, p.36; Siqueira, 2009, p.56; Bezerra Jr., 2010, p.122; Caponi, 2014, p.744). Dessa forma, o DSM-III simbolizou uma transformação na categorização das patologias pela APA: de um ecletismo teórico e referências à psicanálise presentes

nas classificações precedentes, passou-se a uma clínica sindrômica e biologicamente orientada (Ehrenberg, 2004, p.144; Russo; Venâncio, 2006, p.465).

Nesse sentido, o DSM-III pode ser compreendido como mais um capítulo no processo de remedicalização da psiquiatria no decorrer da segunda metade do século XX (Russo; Venâncio, 2006, p.468). Nessa edição do manual, as histórias de vida, as condições emocionais e as circunstâncias sociais que podem estar entremeadas às patologias psiquiátricas passaram a ocupar um papel secundário em relação a um suposto vínculo implícito entre manifestações sintomáticas, desequilíbrios neuroquímicos e prescrição de psicofármacos para atenuação desses sintomas (Côrtes, 2012, p.247; Caponi, 2014, p.744; Freitas; Amarante, 2017, p.49).

Com o paulatino abandono das terapêuticas pela fala-escuta, das práticas de simbolização e atribuição de significado existenciais aos sofrimentos psíquicos, a psiquiatria passaria definitivamente a se distinguir da psicanálise (Ferreira, J., 2014, p.2; Barbarini, 2016, p.149). Dessa forma, uma psiquiatria com orientação neurobiológica na compreensão dos distúrbios psíquicos se tornaria prevalente com a terceira edição do DSM (Russo; Venâncio, 2006, p.465; Bezerra, Jr., 2010, p.128; Birman, 2014, p.33).

Alardeado, em seu lançamento em 1980, como um guia pretensamente científico e a-teórico (apesar desse estreito vínculo com a psiquiatria neurobiológica) (Siqueira, 2009, p.57; Corbanezi, 2015, p.63), o DSM-III elencava 265 categorias diagnósticas (contra 182 da segunda edição). Além de um desdobramento de categorias anteriores em novos transtornos, esse aumento no número de patologias correspondeu também à psiquiatrização de comportamentos, experiências e atitudes até então não patologizados (como o transexualismo, o orgasmo feminino inibido, a ejaculação precoce, as dificuldades de aprendizagem na leitura e na matemática) (Burkle, 2009, p.66-7; Bezerra Jr., 2010, p.123; Côrtes, 2012, p.241). Psiquiatrização de aspectos da normalidade possibilitada por essa lógica sindrômica que prescinde de marcadores biológicos, como já mencionado. De certa forma, a partir dessa edição do manual,

passamos a ser constituídos como indivíduos normais potencialmente propensos a transtornos (Passetti, 2012, p.107).

Uma das inovações no DSM-III responsável por essa ampliação de categorias foi a adoção de uma abordagem multiaxial dos fenômenos psíquicos que considerava cinco eixos: a) as síndromes clínicas (a identificação de um transtorno como esquizofrenia paranoide ou episódio depressivo grave); b) os transtornos de personalidade e do desenvolvimento (o diagnóstico de patologias de personalidade e de nível intelectual como transtorno *borderline*[17] e retardo mental); c) as condições e os transtornos físicos (patologias associadas como diabetes ou hipertensão arterial); d) os estressores psicossociais (como óbito de um ente próximo, desemprego, separação conjugal ou detenção); e) a avaliação global do nível de funcionamento psicossocial (a dependência de familiares nas atividades diárias, por exemplo) (Henriques, 2015, p.105). Os três primeiros eixos ampliaram as dimensões dos fenômenos humanos contemplados na definição de um diagnóstico oficial, enquanto os dois últimos se referiam, de forma menos relevante, aos aspectos sociais e psicológicos envolvidos no adoecimento e que poderiam ser considerados no planejamento do tratamento (Aguiar, 2015, p.243-4).

Uma segunda novidade trazida por essa versão do manual foi a operacionalização da noção de transtorno mental. Apesar da referência ao termo estar presente desde o título da primeira edição, o conceito de transtorno mental (*mental disorder*) se consolidou no DSM-III em prejuízo à ideia de doença mental (*mental illness*) (Birman, 2014, p.35). O abandono da concepção das agruras psíquicas como doença decorreu da renúncia, nessa edição, de se pretender classificar os problemas psíquicos a partir de suas etiologias orgânicas (em virtude tanto do desconhecimento anatomofisiopatológico de inúmeros transtornos como da já referida ausência de marcadores neurobiológicos confiáveis para o diagnóstico dessas patologias) (Martinhago; Caponi, 2019b, p.8).

---

17 Transtorno caracterizado por instabilidade comportamental, insegurança emocional, impulsividade e prejuízos nas relações interpessoais.

Por conseguinte, a terceira edição do DSM (APA, 1989) definiu transtornos como síndromes, conjuntos de sinais e sintomas expressos em padrões comportamentais (condutas destoantes e não previsíveis) ou psíquicos (sentimentos dolorosos e pensamentos desconfortáveis), clinicamente significantes em termos estatísticos de ocorrência e que acarretam prejuízos em uma ou mais áreas importantes de funcionamento social (Caponi, 2009b, p.331; Siqueira, 2011, p.225).

Contudo, as ausências de marcadores biológicos efetivos e de estudos conclusivos sobre as etiologias orgânicas dos problemas psíquicos, bem como a possibilidade de apreensão de condutas desviantes como patológicas, não permitem afirmar que os transtornos são irreais ou falsos. A partir de Foucault (2008b, p.404), pode-se compreender transtornos como realidades de transação, uma interface constituída no jogo das relações de poder que visa capturar o que lhes escapa sem cessar. Nessa perspectiva, os limiares entre normalidade e patologia têm se tornados cada vez mais difusos e imprecisos, multiplicando-se, por meio dessa racionalidade psiquiátrica baseada em síndromes, os aspectos da vida humana que foram categorizados como objetos da psiquiatria (Bezerra, Jr., 2010, p.121; Côrtes, 2012, p.21; Caponi, 2018a, p.99; Mitjavila, 2015, p.130).

Na prática clínica da psiquiatria, o DSM-III permitiu chegar a um diagnóstico a partir da enumeração dos sintomas que o sujeito manifestou em determinado período, independentemente dos distintos contextos concretos de existência em que emergiram os sofrimentos psíquicos (Caponi, 2009b, p.330; 2014, p.759; Freitas; Amarante, 2017, p.62). Ao seguir os critérios trazidos por essa edição do manual, qualquer médico (não necessariamente um psiquiatra), em qualquer lugar do mundo, pode alcançar o mesmo diagnóstico (Ferreira, J., 2014, p.2) – homogeneizando as diferentes experiências numa única categoria massificante (Rose, 2013, p.201) e que atribui formas padronizadas de ser, comportar e agir, numa espécie de subjetividade *prêt-à-porter* (Siqueira, 2011, p.227).

Como modelo predominante de classificação de distúrbios psíquicos, o DSM-III participou ainda de uma linha sinérgica entre

argumentos neuroquímicos (as referidas desregulações em fluxos de neurotransmissores como suposta causalidade dos transtornos), psicofármacos e indústria farmacêutica. Paradoxalmente, ainda que a disposição nosológica dessa versão do guia se paute, como mencionado, na divisão em categorias sindrômicas sem fundar-se em bases fisiopatológicas efetivas, a prática clínica que se segue ao diagnóstico orientado a partir dessa edição do DSM pressupõe uma terapêutica farmacológica que intervém em termos neuromoleculares, ocasionando modificações químicas em funções moleculares do cérebro (Caponi, 2009b, p.330; Martinhago; Caponi, 2019b, p.8).

Essa aparente incoerência pode ser compreendida pelo fato de que, a despeito também dos estudos inconclusivos sobre as ações dos psicofármacos no organismo como um todo (Caponi, 2018a, p.102), essa classe de medicamentos apresenta como principal resultado a minoração ou a cessação dos sintomas (a base da categorização do DSM-III). No âmbito clínico, foi associado, de forma implícita, a cada transtorno um específico psicofármaco como proposta terapêutica (e o sucesso do medicamento no controle dos sintomas fecharia um ciclo, confirmando o próprio diagnóstico) (Birman, 2014, p.35). Assim, com o DSM-III, o ato de prescrever psicofármacos passou a ser a prática prevalente na clínica psiquiátrica (Pereira, M., 2013, p.40-1; Corbanezi, 2015, p.117).

Concomitante à expansão das fronteiras diagnósticas, para qualquer novo transtorno apresentado nas edições posteriores ao DSM-III, as companhias farmacêuticas propuseram um psicofármaco inédito ou uma nova indicação de um medicamento já existente (Côrtes, 2012, p.244; Freitas; Amarante, 2017, p.33; Vidal; Ortega, 2019, p.169). Nesse sentido, cada medicamento é desenvolvido, promovido, testado, licenciado e comercializado para as categorias específicas de cada edição do DSM (Rose, 2003, p.57).

Além do financiamento de pesquisas, do patrocínio de congressos médicos e de auxílios no custeio da própria APA (Giusti, 2016b, p.125; Caponi, 2018b, p.309), a indústria farmacêutica participou ainda diretamente em campanhas de popularização de alguns transtornos criados pelo DSM-III, na imprescindível produção de novos

doentes para a expansão de seus negócios (Freitas; Amarante, 2017, p.33). Nesse sentido, por exemplo, o laboratório estadunidense Upjohn foi responsável por campanhas publicitárias sobre o transtorno de pânico e a indicação de seu benzodiazepínico, o Xanax (alprazolam), para esse distúrbio; a companhia suíça Roche realizou ações de divulgação dos transtornos de fobia social e obsessivo-compulsivo com a recomendação, respectivamente, de seus fármacos moclobemida e clomipramina (Henriques, 2015, p.123-9).

Em suma, com a publicação dessa terceira edição do DSM e sua internacionalização progressiva pela mediação da OMS que nela se baseia em sua categorização de transtornos mentais na atual CID-11, esse manual se consolida como espécie de "Bíblia" (Russo; Venâncio, 2006, p.465; Freitas; Amarante, 2017, p.61) da psiquiatria neurobiológica contemporânea, dada sua prevalência global na orientação clínica e nas categorizações utilizadas em pesquisas nessa área da saúde (Russo; Venâncio, 2006, p.465; Bezerra Jr., 2010, p.122; Caponi, 2014, p.759; Freitas; Amarante, 2017, p.44; Corbanezi, 2018a, p.335; Martinhago; Caponi, 2019b, p.14).

Por último, o aumento crescente das categorias até o atual DSM-5 (lançado em 2013 com mais de quatrocentos tipos de transtornos listados)[18] corresponde ainda a uma expansão das táticas de governo biopolítico psiquiátrico das condutas. Nesse progressivo processo de psiquiatrização da existência (Birman, 2014, p.24), a extensão das classificações de transtornos mentais captura cada vez mais indivíduos, que passam a ter as suas agruras e experiências reduzidas a um rótulo médico-psiquiátrico e a uma terapêutica psicofarmacológica (Bezerra Jr., 2010, p.122).

Dessa forma, não são mais os degenerados, os sifilíticos, os criminosos natos ou os neurastênicos os alvos dos esforços da atual psiquiatria neurobiológica, mas os sujeitos "normais", todos nós, agora virtualmente passíveis de sermos diagnosticados com um transtorno. Se, como apresentei no primeiro capítulo, a psiquiatria

18 No item "Classificando as desordens", do segundo capítulo, apresentei as discussões sociológicas sobre as edições mais recentes do DSM.

de meados do século XIX operou uma banalização da figura do monstro (Foucault, 2010a, p.49), na contemporânea biopolítica psiquiátrica trata-se de uma "*banalização do anormal*" (Côrtes, 2012, p.326, grifos da autora).

O Prozac é o novo ópio do povo?

Após mais de três décadas da emergência dos primeiros psicofármacos e sete anos após a publicação do DSM-III, em dezembro de 1987, o Prozac (nome comercial para o cloridrato de fluoxetina) foi lançado pela companhia farmacêutica estadunidense Eli Lilly como a mais promissora novidade no mercado de medicamentos psiquiátricos (Kramer, 1994, p.80; Côrtes, 2012, p.249-50). As singularidades apregoadas pelas peças publicitárias a esse novo medicamento se referiam a uma maior eficácia em virtude de uma pressuposta ação neuromolecular exclusiva sobre a serotonina[19] (daí o nome da classe de fármacos que essa substância inaugura, os *inibidores seletivos de recaptação da serotonina*) e mencionavam os menores efeitos colaterais associados ao seu uso (Rose, 2003, p.51).

A produção desse fármaco com presumida intervenção neuromolecular seletiva se fundamentava na lógica neurocientífica de que sistemas particulares de aminas cerebrais sustentam determinados humores, comportamentos e afetos. Mesmo com a mencionada ausência de fortes evidências a respeito dos vínculos entre desequilíbrios em neurotransmissores e a etiologia dos transtornos mentais, desse pressuposto proveio o caráter icônico do Prozac como um dos primeiros psicofármacos projetados para agirem de forma específica em um único neurotransmissor, afetando, dessa forma, apenas os sintomas a ele correlacionados (Rose, 2003, p.55; 2013, p.54 e

19 A suposta ação terapêutica do cloridato de fluoxetina se realizaria graças ao bloqueio na recaptação da serotonina pelos neurônios pré-sinápticos, tornando disponíveis, por períodos prolongados, níveis mais altos desse neurotransmissor nas comunicações sinápticas.

p.280).[20] Assim, na prática clínica, o Prozac consolidou esse estilo biológico de pensamento psiquiátrico no qual inúmeras questões humanas passaram a ser emolduradas como problemas neuromoleculares (Rose, 2013, p.305).

Logo de saída, esse novo psicofármaco, inicialmente indicado para os transtornos depressivos, obteve sucesso em razão de inúmeros fatores. Em primeiro lugar, os reduzidos efeitos colaterais em comparação aos medicamentos psiquiátricos então existentes, que acarretavam, entre outras consequências, discinesia, sedação, prejuízos na memória, retenção urinária, prisão de ventre, ganhos de peso, problemas cardíacos e convulsões (Sadock, 2007, p.604). Essa atenuação das repercussões adversas – o Prozac geralmente ocasiona apenas pequena dor de cabeça, um pouco de náusea e/ou diarreia e certa inibição do apetite, efeitos que tendem a desaparecer com a continuidade do medicamento (Grant, 1994) – permitiu uma maior aceitabilidade desse psicofármaco em relação aos anteriores. Os medicamentos psiquiátricos, até então, ou eram usados de forma majoritária pelos severamente acometidos por transtornos mentais que obtinham certos benefícios apesar dos efeitos colaterais ou eram feitos de forma intermitente (Bezerra Jr., 2010, p.128; Freitas; Amarante, 2017, p.98).

Um segundo motivo se relaciona à simplicidade e à segurança no manejo do medicamento. Ele é administrado uma única vez ao dia e, em muitos casos, a dose inicial já é terapêutica (Schatzberg, 2009, p.64). Após poucas semanas de consumo, os principais sintomas depressivos tendem a diminuir ou desaparecerem, diferente das terapias psicanalíticas nas quais são demandados meses ou até mesmo anos de trabalho terapêutico (Oliveira, V., 2015, p.72). Além disso, em relação aos riscos de abuso na sobredosagem por pacientes

20 Como mencionando anteriormente, os primeiros antidepressivos (a imipramina e a iproniazida, que inauguraram, respectivamente, as classes de antidepressivos tricíclicos e IMAO) intervinham tanto no sistema serotonérgico como no noradrenalinérgico. Em 1981, a trazodona foi lançada como agente serotonérgico, contudo, os fortes efeitos colaterais de sedação não entusiasmaram o mercado farmacêutico (Kramer, 1994, p.75; Schatzberg, 2009, p.60).

potencialmente suicidas, o Prozac apresentava segurança mesmo nos casos de overdose (SchatzberG, 2009, p.60).

Associada à operacionalização da noção de transtorno no DSM--III, que permitiu a qualquer médico chegar a um diagnóstico de distúrbio mental, essa simplicidade e essa segurança na administração do Prozac levaram também à expansão de sua prescrição por médicos não psiquiatras (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.220). Em especial, a indicação de ISRS por médicos da atenção primária à saúde para as misérias e as infelicidades cotidianas de seus pacientes (Rose, 2016, p.227).

Um terceiro fator responsável pelo êxito inicial do Prozac se refere à ampliação das indicações desse psicofármaco para inúmeros outros transtornos além das depressões. Logo nos primeiros anos após a sua entrada no mercado, evidências clínicas do papel desse medicamento na minoração de sintomas de transtornos obsessivo--compulsivo, do pânico, alimentares, pré-menstrual, entre outros, começaram a ser constatados (Kramer, 1994, p.62; Stahl, 2014, p.406) – a ponto de farmacologistas discutirem se seria apropriada a sua designação como antidepressivo (Ehrenberg, 2004, p.146) e da FDA aprovar seu uso para esses variados distúrbios psiquiátricos (Sadock; Sadock, 2013, p.225). Por conseguinte, outros transtornos menos graves, como a distimia, e que antes eram tratados somente com psicoterapia foram capturados para o campo da psicofarmacologia (Grant, 1994).

O Prozac contribuiu ainda no reavivamento do então combalido argumento, anteriormente já mencionado, do déficit de serotoninas como fator etiológico dos transtornos depressivos (Whitaker, 2015, p.85). Se esse ISRS levava à diminuição ou à remissão das manifestações depressivas (e de sintomas de outros transtornos relacionados a essa amina específica), logo – nessa racionalidade psiquiátrica invertida da referida "biologia menor" (Pignarre, 2001; 2012), em que a eficácia do medicamento confirma o diagnóstico do distúrbio (Perrusi, 2015, p.153) – essas condições psiquiátricas deveriam ter suas raízes implicadas no desequilíbrio químico desse neurotransmissor (Caponi, 2009a, p.138).

Diferente dos primeiros psicofármacos, o Prozac não foi propriamente descoberto, mas industrialmente desenvolvido (Rose, 2011, p.28). Desde os primeiros antidepressivos, produzidos em meados dos anos 1950 e que demonstraram uma suposta eficácia por agirem em determinadas aminas cerebrais, os laboratórios farmacêuticos estavam investindo em estudos por uma substância que atuasse especificamente na serotonina e não suscitassem as perigosas consequências colaterais desses medicamentos anteriores (Côrtes, 2012, p.249). Em 1972, uma equipe de pesquisadores da Eli Lilly sintetizou uma substância denominada LY86032 (ligeiramente alterada para a criação do cloridrato de fluoxetina), que apresentava tais atributos (Schatzberg, 2009, p.60).

Todavia, se havia clareza que um inibidor de recaptação da serotonina tinha sido projetado, as possíveis indicações desse composto ainda estavam em aberto. As experiências iniciais com a fluoxetina foram para tratamento de hipertensão e como agente antiobesidade. Em 1977, os primeiros ensaios para depressão não foram auspiciosos: nenhum dos oito pacientes submetidos aos testes apresentou uma melhora evidente e reações adversas (como inquietação motora) foram verificadas (Whitaker, 2015, p.337). Contudo, projeções econômicas do início dos anos 1980 apontando que o mercado de antidepressivos cresceria levou a Eli Lilly a acelerar o desenvolvimento da fluoxetina como antidepressivo. Assim, já em 1985, o laboratório disponibilizaria estudos clínicos que evidenciavam as supostas propriedades antidepressivas do Prozac (Bittencourt; Caponi; Maluf, 2013, p.236).

Êxitos à parte, uma série de críticas também acompanham a trajetória histórica do Prozac. Uma primeira delas, antes mesmo de sua estreia clínica, proveio do Ministério da Saúde da então Alemanha Ocidental. Diante dos resultados de testes para aprovação da substância nesse país em 1985, a autoridade sanitária concluiu que esse fármaco era impróprio para o tratamento da depressão, além de ainda ocasionar consequências adversas (como ansiedade, agitação e insônia) que excediam aos padrões médicos aceitáveis (Whitaker, 2015, p.338).

Em relação aos efeitos do psicofármaco no organismo, a principal contestação foi realizada pelo psiquiatra Peter Breggin, consultor do Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos. Para Breggin, o Prozac e outros ISRS não retificam um desequilíbrio neuromolecular, mas, ao contrário, produzem-no. Como já esboçado, os ISRS, ao bloquearem a reassimilação da serotonina pelo neurônio pré-sináptico, fazem com que essa amina se acumule entre as sinapses. Todavia, como o próprio cérebro monitora o nível de neurotransmissores disponíveis para as comunicações sinápticas, após poucas semanas de medicação, os neurônios pré-sinápticos passariam a produzir mais serotonina, enquanto os neurônios pós-sinápticos não conseguiriam dar conta do excesso dessa molécula (ibidem, p.85).

A fabricação do desequilíbrio químico pelo próprio psicofármaco se evidenciaria, por exemplo, nas diversas reações de abstinência (como ansiedade, insônia, instabilidade do humor, vertigens, cefaleia, letargia, náuseas, espasmos) que acompanham os pacientes que tentam abandonar abruptamente essa classe de psicofármacos. Esses inúmeros efeitos se manifestariam porque os equilíbrios de neurotransmissores seriam afetados pelos ISRS em todo o corpo (como no intestino, nos músculos, e não apenas no cérebro) (ibidem, p.85).

Por último, não obstante o conhecimento sobre alguns eventos moleculares próximos aos neurônios serotoninérgicos, as pesquisas em psiquiatria não alcançaram, nem mesmo após a emergência do Prozac, resultados conclusivos a respeito de como realmente as aminas agem no organismo (Rose, 2020, p.7). Tal ausência de evidências efetivas levou o psiquiatra irlandês David Healy propor, em 2005, o total abandono desse argumento, comparando a tese do desequilíbrio de serotonina na depressão à teoria oitocentista da masturbação como causa da loucura (Whitaker, 2015, p.75).

A despeito dessas críticas, a indústria farmacêutica não deixou de lucrar com o Prozac. Uma conjunção de elementos contribuiu para a generalização do consumo desse medicamento. Além da já citada maior aceitabilidade por causa dos menores efeitos colaterais e às facilidades de uso, a criação de novas categorias de transtornos

na publicação então relativamente recente do DSM-III em 1980 representou também um campo de patologias ainda pouco explorado pela psicofarmacologia e no qual o Prozac, como referido, passou a ser prescrito.

Além de tudo isso, simultânea à liberação do Prozac nos Estados Unidos em fins dos anos 1980, uma campanha de conscientização pública a respeito do reconhecimento e tratamento da depressão – capitaneada pelas companhias farmacêuticas, pela APA e pelo Instituto Nacional de Saúde Mental – foi posta em marcha. Dados de 1986 desse instituto apontavam que a depressão era subdiagnosticada e subtratada: apenas 12% dos adultos deprimidos faziam uso de algum medicamento, enquanto a maioria afirmara conviver com a condição, acreditando que poderia lidar com ela até que passasse. Nas peças publicitárias dessa campanha, a sociedade estadunidense foi informada de que poderia alcançar taxas de recuperação de 70 a 80% com o uso de antidepressivos (ibidem, p.342-3).

Em decorrência dessa expansão do mercado de antidepressivos, os ganhos com a venda do Prozac superariam as previsões iniciais de Wall Street, que indicavam rendimentos entre 135 e 400 milhões de dólares anuais para a Eli Lilly (ibidem, p.342). Em apenas cinco anos, esse psicofármaco superou os antidepressivos tricíclicos em vendas e já havia sido consumido por cerca de 8 milhões de pessoas, metade apenas nos Estados Unidos (Côrtes, 2012, p.210). Em 2000, as vendas da fluoxetina alcançaram, somente nesse país, 2 bilhões de dólares (Schatzberg, 2009, p.60). Dados sanitários informavam que, no Estados Unidos de 2002, perto de 11% das mulheres e 5% dos homens faziam uso regular de antidepressivos em geral e, em 2007, a prescrição desses psicofármacos já superava a de medicamentos para hipertensão (Freitas; Amarante, 2017, p.97). A quarta edição de um dos principais manuais de psicofarmacologia estadunidense de 2013 estimava que, exclusivamente nessa nação, as prescrições de ISRS ocorriam com uma frequência de seis por segundo, 24 horas por dia, sete dias por semana (Stahl, 2014, p.406). Por conseguinte, não é de assustar que, nos Estados Unidos da década de 1990, a venda de psicofármacos tenha avançado incríveis 638% (Rose, 2013, p.290).

Dado o caráter global da psiquiatria neurobiológica estadunidense consolidado com o DSM-III (como já mencionado), o aumento de vendas do Prozac não se restringiu a esse país. Em 2001, 60 milhões de pessoas no mundo já tinham utilizado o psicofármaco (Côrtes, 2012, p.210). Entre os anos de 1990 e 2000, o mercado de psicofármacos em geral cresceu 200% na América do Sul, 137% no Paquistão, 50% no Japão e 126% na Europa (Rose, 2013, p.290).[21] Dessa forma, os medicamentos psiquiátricos estavam se transformando em uma das mercadorias mais valorizadas no mercado atual (Birman, 2014, p.27).

Em razão dos elevados custos em pesquisas de novos psicofármacos – seja para encontrar medicamentos com menores reações adversas em relação aos atuais, seja para produzir novas substâncias para os novos diagnósticos criados (Caponi, 2009a, p.138) –, somente as grandes companhias farmacêuticas podem, dada a essa magnitude de seus lucros, disponibilizar o capital de risco envolvido nesse processo. Por conseguinte, a indústria farmacêutica tem se tornado o laboratório-chave das inovações psicofarmacológicas, e a obtenção de maiores ganhos com novos tratamentos se converteu em um dos principais motores de desenvolvimento atual do saber psiquiátrico (Rose, 2003, p.58; 2013, p.290).

Por fim, um último ponto relacionado a essa popularização do consumo de psicofármacos a partir do lançamento do Prozac se deve a uma utilização desses medicamentos para além das patologias ou transtornos. A partir dos confusos limiares entre enfermidade mental e normalidade decorrentes do mencionado processo contemporâneo de psiquiatrização da vida graças à extensão do número de categorias a cada edição do DSM, essa nova geração de medicamentos psiquiátricos estabelecida com o Prozac também passa a ser prescrita para condições não estritamente patológicas (idem, 2003, p.58; 2013, p.308). O humor cotidiano, características de personalidade

21 Dados pormenorizados sobre o consumo de antidepressivos e demais psicofármacos no Brasil ainda são pouco desenvolvidos (Freitas; Amarante, 2017, p. 93).

(como a timidez), sono, níveis de disposição, cognição e memória, entre outros traços da subjetividade já psiquiatrizados pelos argumentos neuromoleculares (como mencionado anteriormente), tornaram-se alvos de intervenções neurobiotecnológicas mediadas pelos ISRS (Bezerra Jr., 2010, p.131; Côrtes, 2012, p.289; Rose, 2013, p.163; Barbarini, 2016, p.161).

A inauguração dos ISRS pelo Prozac consolida uma biopolítica psiquiátrica *neuro*molecular na qual esses medicamentos atuam dentro de um *continuum* de normalidade – ou de quase normalidade que apenas tangência os espectros de transtornos (Rose, 2013, p.19 e p.351). Assim, esses psicofármacos funcionam, por um lado, como suportes às agruras e às frustrações contemporâneas, e de outro, como tecnologia de otimização e aprimoramento das performances dos sujeitos diante das demandas das sociedades atuais (Azize, 2008b, p.15; Birman, 2014, p.25; Ferreira, J., 2014, p.1).[22] Por conseguinte, o que Kramer (1994, p.15) denomina como "psicofarmacologia cosmética", como esboçado na Introdução, é apenas um dos elementos dessa biopolítica psiquiátrica *neuro*molecular que busca propiciar aos sujeitos condições mais do que saudáveis, mais do que bem (Bezerra Jr., 2010, p.128).

Nesse último aspecto, as dimensões político-subjetivas do uso médico dos psicofármacos aparecem com maior clareza. Como ferramentas de modulação química dos sujeitos, os medicamentos psiquiátricos se caracterizam, nesse uso não estritamente patológico, como instrumentos de (auto)governo de nossas condutas e capacidades (Rose, 2003, p.59; 2013, p.268). Distintos das tecnologias disciplinares de governo psiquiátrico realizada nos panópticos asilares, trata-se, no presente, de incitar, induzir e produzir comportamentos e atitudes por meio de uma tática capilar e discretíssima: a simples ingestão de uma pílula (Côrtes, 2012, p.57).

Em suma, dos primeiros passos da psicofarmacologia na década de 1950 até a produção dos ISRS nos anos 1990, delineou-se também uma outra interface do farmacopoder (Preciado, 2018a). Nessa

---

22 Aspecto que retomo no próximo capítulo.

perspectiva, muitos dos atributos descritos por Preciado (ibidem, p.172) em relação aos medicamentos hormonais se aplicam aos fármacos psíquicos. Por ambas as classes de medicamentos se realizam intervenções de poder sobre uma densa interioridade corpórea-subjetiva: as múltiplas e silenciosas redes moleculares de comunicação bioquímica. Produzidos *pari passu* ao longo da segunda metade do século XX, tanto os anticoncepcionais como os psicofármacos, como táticas de governo de corpos livres (ibidem, p.222), demandam a disciplina cotidiana dos sujeitos no consumo dessas pílulas (ibidem, p.206). Por fim, como entidades biopolíticas com *status* de *pharmakon* (ibidem, p.180), os dois tipos de medicamentos são utilizados de modo ambivalente: tanto de maneira estritamente terapêutica como de forma política nos processos de medicalização e regulação farmacológica da existência (ibidem, p.186).

***

Detendo-me nos acasos e desvios dos pequenos começos (Foucault, 2016a, p.55-6), meu objetivo neste capítulo foi realizar uma análise genealógica de certos processos – abordados numa perspectiva de inspiração foucaultiana como pequenos acontecimentos – que, ora paralelos, ora entrelaçados, levaram os psicofármacos à atual condição naturalizada de principal recurso terapêutico da psiquiatria neurobiológica.

Por distintos caminhos, as dinâmicas aqui examinadas (a produção dos primeiros psicofármacos, o desenvolvimento das neurociências, as forças antipsiquiátricas, a publicação do DSM-III e o lançamento do Prozac) participaram, desde a década de 1950, de um novo processo de medicalização da psiquiatria. Por meio desses movimentos nos quais as práticas e discursos psiquiátricos se reaproximaram dos pressupostos da medicina geral, mais uma vez a psiquiatria procurou legitimar suas intervenções em fundamentos médico-científicos (tal como no século XIX, esboçado no primeiro capítulo).

Acompanhado também por uma transformação, no campo de ação, de uma perspectiva predominantemente asilar para

intervenções psicofarmacológicas extramuros, o atual e prevalente paradigma neurobiológico resultante dessa medicalização da psiquiatria patologizou novas condutas e afetos (como o sono, a vigília, a disposição, a concentração). Ao serem psiquiatrizados, esses humores e comportamentos cotidianos se tornaram alvos de possíveis modulações químicas por meio dos atuais psicofármacos.

Independente da inconclusividade até aqui nos estudos e pesquisas sobre as prováveis etiologias dos transtornos mentais, a teoria dos desequilíbrios químicos – hibridizando termos neurobiológicos e fatores sociais e como principal pressuposto no *modus operandi* dos psicofármacos – colaborou no delineamento de uma nova dimensão do corpo-subjetividade, um "*self* neuroquímico" (Rose, 2003; 2013). Essa corporeidade neuromolecular que emergiu na psiquiatria da segunda metade do século XX se configurou como o principal *lócus* de intervenção dessa esfera psicofarmacológica do farmacopoder (Preciado, 2018a) e das novas formas de governo das condutas – "uma política molecular da psiquiatria" (Rose, 2013, p.115) – presentes nos usos dos psicofármacos.

Como tecnologia político-subjetiva, os psicofármacos atravessam algumas das principais veredas da biopolítica contemporânea: a molecularização, a otimização, a *expertise* e a bioeconomia (ibidem, p.23). Em outros termos, coordenado por autoridades de saber médico, por meios dos psicofármacos, uma das mercadorias de grande rentabilidade no contemporâneo, realiza-se um gerenciamento neuromolecularizado dos fenômenos da vida humana em razão não apenas dos polos saúde-doença, mas do aprimoramento de disposições subjetivas para fins de performances pessoal e profissional.

Dessa forma, nessa atual biopolítica psiquiátrica *neuro*molecular, não se trata mais, como no século XIX, das práticas asilares segregadoras de "ortopedia mental" e disciplinamento dos incorrigíveis ou da caça extra-asilar aos anormais e degenerados (Foucault, 2004a; 2006a; 2010a). Tampouco refere-se à somatocracia dos *welfare states* europeus dos anos 1950-1960, em que o direito dos indivíduos à boa saúde era encargo dos Estados (ibidem, 2010b). Diferente dessas economias de biopoder delineadas no primeiro capítulo, os traços

que singularizam essa biopolítica *neuro*molecular levada à cabo pelos psicofármacos envolvem: a) em um viés individualizante, uma instigação contínua dos próprios sujeitos – em nome de uma pressuposta livre realização de seus desejos e potenciais – na condução de seus recursos vitais e de seu próprio bem-estar (como atributos de seu capital humano); b) numa perspectiva global, uma dinâmica ininterrupta de possibilidades de (re)inclusão de sujeitos aos circuitos socioeconômicos da vida social a céu aberto.[23]

Enfim, no próximo capítulo, a partir da análise de enunciados de manuais e periódicos de psiquiatria e de casos apresentados na própria literatura psiquiátrica contemporânea, descrevo como um dos registros de uso medicamente prescrito dos psicofármacos contemporâneos (em particular, do Prozac) se constitui como dispositivo tático que se integra à estratégia biopolítica-neoliberal de produção e de governo das condutas – estratégia na qual os sujeitos são mobilizados a atuarem sobre si como empreendedores do seu próprio capital humano (Foucault, 2008b; Dardot; Laval, 2016).

23 O que não implica a inexistência de circuitos de exclusão nos quais os sujeitos são "deixados morrer". Nos próprios domínios da indústria farmacêutica, por exemplo, apenas uma mínima proporção dos investimentos biomédicos (cerca de 10% dos recursos financeiros) é destinada para problemas de saúde que atingem a maioria da população mundial (os 90% que persistem sofrendo com as chamadas doenças negligenciadas, como tuberculose, malária, tripanossomíase) (Rose, 2013, p.13 e p.353).

4
Psicofármacos, neoliberalismo e resistência heterotópica: uma análise dos psicofármacos como dispositivo biopolítico neuromolecular de produção de comportamentos e de governo neoliberal das condutas

[...] ao engolir pílulas, engole-se poder [...].

(Lazzarato, 2017, p.87)

[...] o efeito de uma droga é tão global – estender-se à popularidade social, perspicácia nos negócios, autoimagem, energia, versatilidade, atração sexual.

(Kramer, 1994, p.32)

Às voltas com medicamentos psiquiátricos, neoliberalismo e governo-resistências

Ao longo dos capítulos anteriores, procurei descrever algumas das repercussões político-subjetivas relacionadas ao uso de psicofármacos. No primeiro capítulo, destaquei o papel de sujeição asilar – prolongando o regime disciplinar ao interior das subjetividades (Foucault, 2006a, p.226 e p.301) – concernente à utilização das substâncias "protopsicofármacas" nos panópticos psiquiátricos europeus do século XIX.

Na revisão bibliográfica realizada no segundo capítulo, apresentei alguns dos atuais atributos políticos que perpassam a utilização de psicofármacos assinalados nos estudos sociológicos brasileiros contemporâneos. Papéis político-subjetivos dos fármacos psiquiátricos destacados na analgesia da dor psíquica (Perrusi, 2015), no arrefecimento de sintomas de sofrimento mental em vista da produção de certa adequação ao atual regime capitalista de celeridade na produção e no consumo (Ferreira, J., 2014; 2017), no controle químico extra-asilar de sujeitos desviantes (no caso, indivíduos diagnosticados com esquizofrenia) (Gerino, 2017), na busca por aprimoramento do desempenho no trabalho e no estudo (Azize, 2008b; Coelho, 2016; Maia, 2017), como tecnologia de gestão das diferenças (em particular, dos desconfortos vividos por sujeitos oriundos do meio rural e que passaram a residir nas periferias das cidades) (Côrtes, 2012).

Por sua vez, no terceiro capítulo, examinei, numa perspectiva genealógica, os processos que legaram a naturalização dos psicofármacos como principal tecnologia terapêutica da atual psiquiatria e que também posicionaram esses medicamentos, enquanto outra interface do farmacopoder (Preciado, 2018a), como elementos táticos de uma nova biopolítica psiquiátrica, agora *neuro*molecular e à céu aberto. Nessa nova biopolítica psiquiátrica, inúmeras características não estritamente patológicas da vida humana (como disposição, engajamento, bem-estar, timidez, atenção) se tornaram alvos da prescrição médica de psicofármacos (em especial, dos ISRS, por estes apresentarem maior segurança no uso e menores efeitos adversos).

Considerando esse contexto esboçado no capítulo anterior, meus objetivos aqui são: a) descrever como um dos registros de uso medicamente prescrito dos psicofármacos (em particular, do Prozac) se configura como dispositivo *neuro*molecular de governo neoliberal das condutas; b) descrever os traços de resistências à psiquiatria e, em especial, ao uso de medicamentos psiquiátricos que emergem de uma experiência subjetiva singular.

Para alcançar o primeiro objetivo, apresento e discuto enunciados e casos referentes aos psicofármacos que selecionei na literatura

psiquiátrica contemporânea:[1] em artigos de periódicos, revistas de atualização profissional, manuais de orientação clínica e no livro *Ouvindo o Prozac* (Kramer, 1994); materiais que compõem parte do atual discurso da psiquiatria neurobiológica. Conforme menciono na Introdução, trato esses casos psiquiátricos (que retratam, em sua maioria, a existência em suas agruras comuns) como exemplos, relativamente bem-sucedidos, das implicações político-subjetivas que os psicofármacos portam. De certa forma, semelhante à utilização de caso (como o de Henriette Cornier, mencionado no primeiro capítulo) como recurso de método por Foucault (2010a, p.114) em *Os anormais*: caso como modelo paradigmático – "simplesmente exemplar" – de modulações históricas de poder-saber-sujeição.

Compreendendo então esse *corpus* documental como um dos elementos que constituem o que delineei como dispositivo psicofármacos, examino como, no conteúdo desses materiais, são projetadas intervenções de poder-sujeição e de governo das condutas – como parte de processos que podem induzir, incitar, facilitar e moldar certos comportamentos (idem, 1990, p.14; 1995, p.148; 2008c, p.218). Por fim, evidencio como, nesses enunciados sobre medicamentos psiquiátricos, esses fármacos podem se configurar como instrumento tático na estratégia contemporânea de governamentalidade neoliberal (idem, 2008b; Dardot; Laval, 2016).

Já para atingir o segundo objetivo deste capítulo, ocupo-me das falas e da experiência de Estamira reproduzidas no documentário homônimo. Numa perspectiva metodológica, abordo o filme *Estamira* (2006) como documentário de orientação genealógica (Foucault, 1999a; 2006j), que recolhe a voz, as palavras e as práticas de

---

1 A composição desse *corpus* documental que analiso se inspira, como descrevo na Introdução, nas orientações de método em Foucault. Em especial, a seleção de enunciados em diferentes formas (como em manuais clínicos, artigos de periódicos, peças publicitárias etc.) e temporalmente dispersos, mas que são provenientes desse mesmo sistema de formação de discurso da psiquiatria neurobiológica (com base no referencial teórico neuromolecular) e se referem a um mesmo conjunto de objetos (as indicações e utilizações de psicofármacos) (Foucault, 2008c, p.122; Castro, 2009, p.177).

resistência de Estamira e permite que elas circulem e sejam vistas e escutadas. Por esse prisma, examino o conteúdo audiovisual do documentário, descrevendo e analisando as sujeições e as oposições de Estamira às tentativas de governo psiquiátrico de suas condutas.[2]

Aqui, trato Estamira em uma segunda acepção de caso (também como colocado na Introdução): como singularidade subjetiva da diferença, uma existência em muito irredutível à normatividade psíquica estabelecida, mas que proporciona a oportunidade de delinear traços de fundo comum de devires de resistências (Revel, 2004, p.80 e p.84). A despeito do tom um tanto quanto absoluto em sua fala, "Não vou ceder o meu ser a nada" (Estamira, 2006), quando estabelecida no lixão, um espaço heterotópico (Foucault, 2013c), Estamira se mostra em uma posição de resistência em certa medida articulada contra o governo psiquiátrico de sua existência.

Antes, contudo, retomo a crítica ao neoliberalismo realizada por Foucault (2008b) (exposta no primeiro capítulo) e trago alguns desdobramentos contemporâneos dessa discussão realizados, em especial, por Pierre Dardort e Christian Laval (2016).[3] De forma breve, descrevo e discuto ainda como os psicofármacos foram abordados na reflexão teórico-sociológica contemporânea (Le Breton, 2003; Saint-Hilaire, 2009; Ehrenberg, 2004; 2010; Rose, 2003; 2011; 2013; 2016; 2017).

---

2 Em outro trabalho (Soares, S., 2020), destaco também outros aspectos de resistência presentes em Estamira em relação às investidas de governo familiar e religioso de seus comportamentos.

3 A centralidade dada a Dardot e Laval (2016) nesse trabalho reside no fato de que esses autores apresentam, com certo detalhamento, uma caracterização do atual sujeito neoliberal (cujas condutas seriam alvo também dos psicofármacos contemporâneos, como defendo neste estudo). Esse aspecto pode ser colocado como um dos elementos diferenciadores desse trabalho de Dardot e Laval (2016) em relação a outros pensadores atuais que seguem os rastros de Foucault (2008b) – como Wendy Brown (2019), que foca, em especial, a emergência de forças antidemocráticas no contexto neoliberal de início do século XXI e Grégoire Chamayou (2020), que propõe uma genealogia da faceta autoritária do neoliberalismo a partir do Chile de Pinochet (1973-1990).

Governamentalidade neoliberal contemporânea: "Eu, eu mesmo & eu sozinho S.A."

No primeiro capítulo, apresentei a análise desenvolvida por Foucault (2008b) a respeito do liberalismo (em especial, sobre o programa do neoliberalismo estadunidense elaborado pela Escola de Chicago nas décadas de 1960 e 1970). Em termos gerais, Foucault aborda esse neoliberalismo não apenas como mais um paradigma econômico ou princípio político, mas como lógica normativa de governo das condutas. Nessa racionalidade de governo que emergiu com a teoria do capital humano, os parâmetros de inteligibilidade próprios do mercado (por exemplo, custos-lucros, oferta-demanda) avançaram sobre domínios até então não considerados estritamente econômicos, como as habilidades e competências do sujeito (a criatividade, a motivação, a iniciativa, entre outras) e as relações sociais (do indivíduo consigo mesmo, com sua saúde, com sua família e amigos etc.) (ibidem, p.332).

Dessa forma, o neoliberalismo estadunidense como racionalidade de governo implicou em um desdobramento do modelo empresa (baseado em investimentos e rendimentos) na maneira pela qual o sujeito conduz sua própria existência, como realiza um governo de si. Tomado agora como "empresário de si mesmo" (ibidem, p.311), o indivíduo é continuamente exortado a agir para readquirir, sustentar ou desenvolver seus elementos de capital humano (como potenciais de ganhos futuros). Com outros termos, Deleuze (1992, p.211) compreende essa expansão do modelo subjetivo "empresário de si mesmo", que atravessa as relações entre os indivíduos, como um dos mecanismos de governo das sociedades de controle.

Prosseguindo nessa trilha de análise do neoliberalismo como racionalidade de governo das condutas, em *A nova razão do mundo*, ensaio publicado em 2009 na França, Dardot e Laval (2016) se propõem a examinar as características peculiares da atual governamentalidade neoliberal. De forma semelhante a Foucault (2008b), os autores situam a emergência do neoliberalismo nos anos 1960-1970 como, em parte, uma resposta ao esgotamento da

governamentalidade do Estado capitalista de bem-estar social (pelos supostos excessos de gastos e de controles burocráticos) e à instabilidade econômica mundial na segunda metade da década de 1970 (em razão da denominada crise do petróleo, da recessão e do aumento do desemprego decorrentes) (Dardot; Laval, 2016, p.26).

Por meio de uma investigação histórico-social de orientação genealógica, Dardot e Laval (2016, p.7) defendem que uma das especificidades da governamentalidade neoliberal contemporânea consiste na mundialização desse sistema normativo. Graças à globalização da lógica empresarial para todos os âmbitos sociais, essa racionalidade neoliberal passa a dirigir e a estruturar tanto a ação dos governantes (autoridades públicas e gestores privados) como a subjetividade dos governados (milhões de indivíduos enlaçados nas tramas prático-discursivas desse programa). Em outras palavras, para os autores, a inovação do programa neoliberal consiste em articular a maneira como o ser humano é governado à forma como o próprio sujeito se autogoverna (ibidem, p.333).

Na expansão global dessa racionalidade – consolidada também por uma coalizão de forças e poderes nacionais e internacionais (oligarquias políticas e burocráticas, multinacionais, grandes organismos econômicos) (ibidem, p.8) –, a concorrência generalizada se destaca como um dos elementos basilares da atual arte de governo neoliberal das condutas. Em um contexto mesclado de avaliação contínua dos funcionários, trabalho precarizado, dívidas pessoais e desemprego, a competição se torna uma importante alavanca de mobilização do indivíduo. Desse modo, cada sujeito é instado constantemente a se comportar como empreendedor de si – "indivíduo-empresa" (ibidem, p.378) – para sobreviver a esta luta econômica de todos contra todos: seu sucesso pessoal-profissional depende da manutenção e do fomento de seu capital humano.

Por conseguinte, da generalização da concorrência como norma de conduta decorre uma segunda característica da contemporânea racionalidade neoliberal de governo, a universalização do modelo empresa como forma de existência. A partir dessa lógica normativa, todas as atividades e práticas cotidianas dos indivíduos (em relação

a si e aos outros: um curso que escolhe fazer, uma festa que pretende ir, um restaurante que costuma frequentar) são permeadas pelo cálculo pessoal em relação aos custos e às possibilidades de valorização dos atributos de seu capital humano (ibidem, p.31). Nesse modelo universalizante de existência, trata-se de uma fusão entre vida pessoal e profissional (ibidem, p.336).

Dos discursos e práticas dessa arte neoliberal de governo se consolida, desde o fim do século XX, uma nova forma de objetivação do sujeito, uma nova configuração de funcionamentos psíquicos (ibidem, p.322), o sujeito neoliberal: o ser humano ativo, autônomo e pretensamente livre no modo pelo qual age sobre si mesmo com o objetivo de aumentar seu capital humano (ibidem, p.337). Em tal modulação de sujeito, todas as pluralidades de modelos subjetivos (sujeito jurídico, sujeito religioso, sujeito de interesse, entre outros) foram reduzidas à racionalidade concorrencial-empresarial de existência (ibidem, p.326).

Nessa figura de sujeito, o indivíduo é também estimulado a maximizar seus resultados, a engajar-se por completo em sua atividade profissional, a exigir sempre mais de si mesmo. Sujeito da competição e do desempenho, o empreendedor de si é produzido para ganhar e ser bem-sucedido, pois ele é o instrumento de seu próprio sucesso social e profissional, "a um só tempo o trabalhador que acumula capital e o acionista que desfruta dele" (ibidem, p.373).

Dessa forma, a objetivação do sujeito neoliberal implica em uma radical individualização. No âmbito pessoal, o indivíduo, esse sujeito delineado pelas tecnologias disciplinares do século XIX, torna-se inteiramente e unicamente incumbido por seus sucessos ou fracassos. Na dimensão societária, qualquer crise social passa a ser compreendida como problemas individuais e todas as desigualdades são imputadas às (ir)responsabilidades de cada elemento (ibidem, p.348).

Dessa extrema responsabilização individual do sujeito neoliberal derivam certos sofrimentos psíquicos. Aflições subjetivas (como sentimentos de fracasso pessoal, vergonha e desvalorização) decorrentes, entre outros aspectos, das constantes insegurança e

vulnerabilidade vinculadas à concorrência atroz (ibidem, p.363), de uma gestão insuficiente de si (ibidem, p.345), do estresse e da estafa implicados no comprometimento integral da subjetividade nas tarefas e objetivos profissionais (ibidem, p.363). Nesse sentido, pontuam Dardot e Laval (ibidem, p.374) que "a empresa de si mesmo tem dois rostos: o triunfante do sucesso sem pudor e o rosto deprimido do fracasso diante dos processos incontroláveis e das técnicas de normalização".

Como uma das táticas de assistência aos indivíduos em seus sofrimentos e mal-estares advindos desse modo de existência, Dardot e Laval (ibidem, p.367) apontam para uma dopagem generalizada na qual "o medicamento faz as vezes da instituição que não apoia mais, não reconhece mais, não protege mais os indivíduos isolados". Nesse sentido e com certa sinergia em relação à hipótese defendida neste trabalho, os autores sugerem também que a medicalização é uma das atuais interfaces de produção e de governo desse sujeito neoliberal (ibidem, p.375).

Em certos pontos, os diagnósticos de Dardot e Laval dão continuidade à análise do sociólogo francês Alain Ehrenberg em trabalho de 1991, *O culto da performance*, no qual já sinalizava um processo de massificação da lógica de empresarização dos comportamentos (como modelo de governo de si) entre os trabalhadores assalariados (Ehrenberg, 2010, p.131). Para ele, sob a normatividade da performance (tal qual a de um esportista de alto nível) estabelecida na gestão empresarial ao final do século XX, cada indivíduo – independentemente de sua proveniência social, étnica, educacional etc. – passa a ser também o único responsável por sua carreira, por empreender e ser bem-sucedido (ibidem, p.172).

Segundo Ehrenberg, o avesso dessa aventura de empreender a si mesmo (fundamentada no desempenho, na rapidez de adaptação e na flexibilidade psíquica do sujeito) corresponde aos transtornos depressivos em grande escala. Diante das injunções de se realizar, de ser responsável por si mesmo e de se superar cada vez mais, a depressão seria uma das respostas dos sujeitos ao experimentarem a insuficiência e o enorme cansaço em face desses *slogans* ansiogênicos de

autorrealização ilimitada (Ganhe! Vença! Conquiste! Seja alguém!) (ibidem, p.164).

Em suma, a partir da definição de Dardot e Laval (2016, p.17) a respeito do neoliberalismo, como os conjuntos de práticas e discursos (continuamente reelaborados) que produzem um modo de governo das condutas sustentado no paradigma da concorrência universal e na expansão da lógica subjetiva do empresário de si mesmo, problematizo, conforme menciono no início do capítulo, como os psicofármacos se configuram como dispositivo tático dessa atual governamentalidade neoliberal.

Uma sociologia dos psicofármacos: Deleuze, Ehrenberg, Le Breton, Saint-Hilaire e Rose

A emergência e a consolidação desde o fim dos anos 1980 de uma nova geração de psicofármacos – os ISRS (dentre os quais o Prozac), caracterizados, como referido no capítulo anterior, pelas indicações para inúmeros diagnósticos, menores efeitos colaterais e uso generalizado – foram contemporâneas ao estabelecimento do neoliberalismo como racionalidade de governo das condutas (a partir de meados da década de 1970). Numa mirada panorâmica, os vínculos entre esses fenômenos foram apenas tangenciados na maior parte das abordagens de cunho sociológico sobre os psicofármacos aqui examinadas.

Um primeiro esboço em relação ao contemporâneo papel político-subjetivo dos medicamentos em geral pode ser identificado no célebre texto de Deleuze (1992) sobre as sociedades de controle. Caracterizadas, como mencionado na Introdução, por processos difusos, flexíveis, sutis de normalização social que prescindem dos espaços disciplinares fechados, um dos mecanismos a céu aberto de controle ininterrupto destacado por Deleuze (ibidem, p.220) são as "produções farmacêuticas extraordinárias". Ainda que Deleuze não nomeie esses remédios fabulosos, pode-se inferir que essa nova classe de psicofármacos seria um desses produtos tanto pelo uso

extra-asilar e consumo contínuo que esse tipo de medicamento propicia e demanda, quanto pelas possibilidades de modulação, ao ar livre, dos comportamentos e das condutas que oportuniza.

Especificamente em relação aos psicofármacos, Ehrenberg (2010) identifica um sentido contemporâneo no emprego desses medicamentos distinto do escopo de consumo, nos anos 1960-70, das drogas psicoativas designadas como ilícitas (a maconha e o LSD, por exemplo). Se um dos usos dessas substâncias estava associado a um universo de dissidência político-social, Ehrenberg (ibidem, p.145) compreende a utilização de psicofármacos, em uma dimensão para além do estrito cuidado em saúde, como meio de inserção e de sustentação do indivíduo nessa mencionada lógica da performance, prevalente no trabalho e na existência geral.

Em tal conjuntura, os medicamentos psiquiátricos funcionam como mecanismo de apoio ao sujeito no enfrentamento da realidade e no alívio momentâneo das pesadas cargas, agora individualizadas, de responsabilidades (auxiliando, por exemplo, no controle do estresse diário). Como tecnologias de adaptação a um modo de vida no qual os ditames da competição e do desempenho foram massificados, Ehrenberg (ibidem, p.135-43) designa os psicofármacos como drogas de integração e relacionais. Independentemente dos efeitos (se sedativo, estimulante ou euforizante), o consumo desses medicamentos é uma das formas de reforçar as habilidades corporais, psicológicas e sociais do indivíduo-empresa nesse contexto de concorrência permanente, no qual é continuamente instando a ir além de si mesmo. Dessa forma, para o autor, os preceitos ansiogênicos de conquistar-vencer-ter sucesso e o consumo em massa de medicamentos psiquiátricos estão intimamente relacionados.

Nessa cultura concorrencial, esse emprego generalizado de psicofármacos fora das práticas exclusivamente terapêuticas é interpretado por Ehrenberg (ibidem, p.154-5) como forma artificial[4] de

4 Neste estudo, não entro em discussão sobre as perspectivas pós-humana ou ciborgue (Haraway, 2009), pós-orgânica (Sibilia, 2015) ou transumana (Ferry, 2018). De certa forma, parece-me que assumir qualquer uma dessas

realização de si mesmo. Tal artificialidade seria patente, por exemplo, na construção de uma imagem de aparente autocontrole diante do outro (o concorrente ou o parceiro) e como meio de transcender aspectos do substrato orgânico (como a quantidade de horas de sono) na obrigação de tornar-se e manter-se como sujeito-empresa em funcionamento ilimitado.

Por sua vez, o sociólogo francês David Le Breton (2003), em estudo de 1999, *Adeus ao corpo*, investiga como, no atual discurso das ciências da vida, o corpo humano passa a ser concebido como mero suporte da identidade pessoal, passível de aprimoramento e de lapidação com vistas à adequação aos imperativos sociais contemporâneos (por exemplo, nas cirurgias estéticas). Entre os instrumentos de retificação e redefinição da base corpórea humana, o autor destaca os medicamentos psiquiátricos – em particular, o consumo desses fármacos fora dos contextos de patologias mentais, no que denomina de "gestão farmacológica dos problemas existenciais comuns" (ibidem, p.57).[5]

---

perspectivas carrega o risco de se afirmar uma essencialidade humana que, como visto em Foucault, não possui um lastro histórico independente das diversas tecnologias sociais de poder-saber-sujeição. A respeito do papel dessas tecnologias, exemplifica Deleuze (2020b, p.39) (em curso sobre Foucault) que até mesmo a própria difusão do uso do estribo (o apoio lateral da sela ao cavaleiro) nos exércitos feudais no século IX teve efeitos na constituição de um novo ser humano guerreiro: passou-se da infantaria – soldados que "foram a cavalo ao campo de batalha, e desmontaram e batalharam a pé. O cavalo era tratado como animal de tração e não como animal de combate" – para cavalaria – na qual o guerreiro "segura a lança debaixo do braço e a deixa em paz, podendo ir cada vez mais rápido. Quando o cavalo se torna capaz de ir mais rápido, o golpe não será dado mais com a força do braço, mas com a força do conjunto homem-animal". Ou seja, sob essa perspectiva, o humano e sua corporalidade é sempre historicamente e politicamente atravessado e formado por distintas tecnologias.

5 Nessa atual dinâmica de psiquiatrização da normalidade por meio dos psicofármacos, Le Breton não se atenta a alguns processos levados à cabo nas últimas edições do DSM (apresentados, aqui, no segundo e terceiro capítulos), como a redução do limiar de diagnose para inúmeras patologias (na compreensão dos sofrimentos do luto após duas semanas da perda como sintoma para o diagnóstico de depressão, por exemplo) e a criação de novas categorias patológicas

Le Breton considera os psicofármacos como uma espécie de prótese molecular, de console bioquímico de gestão das emoções por meio do qual o indivíduo administra seus humores e disposições em face às demandas do mundo contemporâneo (consome-se pílulas para dormir ou ter menos sono, aumentar a concentração, diminuir a estafa e a ansiedade etc.). Nessa "produção farmacológica de si" (ibidem, p.55), os medicamentos psiquiátricos se manifestam mais uma vez como tecnologia de ajustamento do sujeito: aguçar suas habilidades relacionais, modificar seu estado de vigilância para uma prova ou uma jornada de trabalho difícil, superar o cansaço e prolongar os esforços. Em um contexto que pode ser situado próximo ao de uma racionalidade neoliberal de governo de si, "abandonar-se a seu humor 'natural' do dia seria privar-se de recursos preciosos ou se tornar menos competitivo no plano do trabalho ou da vida cotidiana" (ibidem, p.57).

Nessa perspectiva, Le Breton compreende o Prozac como um dos principais expedientes de modulação química dos comportamentos. Seu consumo generalizado nos Estados Unidos do final da década de 1990 por homens públicos de sucesso ilustra o emprego comum e sem orientação médica desse tipo de medicamento com o objetivo de intensificar as competências afetivas e intelectuais dos indivíduos. O psicofármaco se tornou "um produto de consumo comum como as vitaminas, uma engenharia química à disposição do usuário" (ibidem, p.64).

Em artigo de 2009 no periódico francês *Esprit Critique*, o sociólogo canadense Pierre-Luc Saint-Hilaire defende que os antidepressivos ISRS, como recurso biomédico de intervenção em um corpo agora molecularizado, consolidaram-se como uma das principais tecnologias de transformação dos sujeitos. Procurando avançar em relação à tese de Peter Kramer (1994) sobre o uso cosmético dos psicofármacos (que apresento na Introdução), Saint-Hilaire argumenta que o consumo não terapêutico desses medicamentos não

---

que avançam sobre condições até então consideradas comuns e ordinárias (as dificuldades escolares, a ejaculação precoce, a birra infantil, entre outras).

produz apenas a simples maquiagem dos humores (tornando o indivíduo momentaneamente menos irritadiço ou mais disposto, por exemplo). Para esse sociólogo, os psicofármacos, em intervenções análogas às das cirurgias plásticas, realizam também modificações e correções em pressupostas falhas corporais circunscritas em níveis moleculares.

Tais transformações moleculares reparadoras de funções cerebrais repercutem nas subjetividades: implicam em modelagens neuroquímicas das aptidões individuais (como as que envolvem a percepção, a concentração e a volição). Dessa forma, o emprego desses medicamentos é demandado pelos indivíduos em razão do aprimoramento de suas habilidades, no intuito de se compatibilizarem às exigências do mundo contemporâneo, em particular, aos imperativos de boa saúde individual (ibidem, p.143-4).

Por fim, com afinidades em certos pontos com Le Breton (2003) e Ehrenberg (2010), o anteriormente mencionado sociólogo inglês Nikolas Rose (2003, p.41; 2011, p.20; 2013, p.19) concebe os psicofármacos – no interior de uma biopolítica molecular que se consolida ao final do século XX – como tecnologias de administração do corpo e da vida humanos. Constatando também uma contração reducionista da vida à existência neurobiológica, ele compreende ainda os medicamentos psiquiátricos como ferramenta que possibilita o contínuo (auto)governo das condutas (idem, 2003, p.59; 2013, p.309; 2017, p.223).

Como tecnologia sobre a vida nessa dimensão molecular (e não mais somente como tecnologia de saúde), o emprego dos psicofármacos ultrapassa os limiares binários entre saúde-doença, permeando intervenções sobre o que se considera a própria normalidade vital e normatividade orgânica (idem, 2011, p.16). Dessa forma, não se trata, por meios dos fármacos psiquiátricos, de apenas debelar uma condição patológica, mas – próximo a Ehrenberg (2010) – de restaurar e manter os recursos de inserção do indivíduo nos circuitos da realidade cotidiana (Rose, 2013, p.291).

Nesse sentido, os psicofármacos tomam a forma de mecanismos de otimização da vida, de intervenção no presente a fim de assegurar

um possível futuro melhor (idem, 2011, p.16; 2013, p.19) graças ao desenvolvimento das capacidades vitais do corpo e da mente (por exemplo, a cognição, a disposição, a resistência e a atenção) (idem, 2013, p.36). Como ferramenta de (auto)governo das condutas, os psicofármacos são muitas vezes requisitados pelo próprio sujeito, convertido em único responsável por si, sua saúde e seu sucesso nessa atual cultura de consumo e de mercado na qual "leva a sua vida como uma espécie de empresa" (idem, 2011, p.17; 2016, p.800). Assim, nessa biopolítica molecular, os medicamentos psiquiátricos se configuram como tecnologias que propiciam um viver mais e melhor.

Essa possibilidade de manipulação da corporalidade humana em nível molecular também produz uma nova interface do sujeito na contemporaneidade: o já citado *self* neuroquímico. Nesse processo de objetivação de um si-mesmo neuroquímico (idem, 2013, p.293), os desejos, emoções e aspectos do temperamento pessoal foram recodificados a partir do funcionamento químico do cérebro e se tornaram passíveis de intervenções e reconfigurações por meio dos medicamentos psiquiátricos (idem, 2003, p.46; 2013, p.309)

Todavia, "nessa biopolítica farmacêutica do si mesmo neuroquímico" (idem, 2013, p.298), não se trata de criar um falso eu mais feliz (ibidem, p.296). Pelo contrário, por meio do medicamento o sujeito, com alguma perturbação agora relacionada a uma pressuposta anomalia neuromolecular específica, procura recobrar um eu-mesmo, reassumir sua vida pessoal e profissional e, porventura, corrigir e otimizar aspectos de sua individualidade (como um maior controle sobre os humores) em razão da pessoa que almeja ser (idem, 2011, p.20; 2013, p.148). Uma promessa que atravessa também o marketing dos atuais psicofármacos: "com esse remédio, posso ter de volta meu real eu-mesmo, posso me sentir mais eu, posso sentir que sou eu mesmo, mais uma vez" (idem, 2013, p.296).

Desse modo, Rose tece críticas à tese da farmacologia cosmética de Kramer (1994) e, por conseguinte, ao argumento de Saint-Hilaire (2009, p.143) sobre um *continuum* entre os empregos cosmético e plástico dos psicofármacos: não se trata da fabricação de um

si-mesmo artificial ou da promoção sintética de humores (como uma felicidade indolor e circunstancial mediante a ingestão de uma pequena pílula) (Rose, 2013, p.146 e p.149). Para Rose (2013, p.37, grifos do autor), os psicofármacos são uma das contemporâneas tecnologias moleculares que participam da contínua (auto)produção de um eu real: "no processo, o humano torna-se não menos biológico, mas *ainda mais* biológico".

Enfim, nesse item procurei delinear como os psicofármacos foram abordados nas interpelações sociológicas contemporâneas. Em termos gerais, os autores aqui tratados, com exceção de Ehrenberg (2010), acabaram mencionando apenas *en passant* as conexões entre o emprego desses medicamentos psiquiátricos e a atual racionalidade neoliberal de governo das condutas (Foucault, 2008b; Dardot; Laval, 2016) – inclusive Rose (2011; 2016), que chega a aludir a uma programação empresarial da existência subjetiva. Le Breton (2003), Saint-Hilaire (2009) e até mesmo Ehrenberg (2010) – que identifica o advento da atualmente denominada epidemia depressiva (referida no Capítulo 2) como o avesso de uma cultura da performance – focam ainda apenas no consumo autônomo e não receitado desses fármacos.

Procurando contribuir a essa discussão, a partir dos enunciados e casos sobre psicofármacos selecionados na atual literatura psiquiátrica, pretendo perscrutar e descrever, no próximo item, uma vinculação entre um dos registros de emprego medicamente prescrito de psicofármacos (em especial, do Prozac) e a estratégia contemporânea de governo neoliberal das condutas.[6]

6 De certa forma, buscando também colaborar na problematização da atual psiquiatria neurobiológica como tecnologia de governo (apresentada no Capítulo 2) – como na interpretação da expansão de um governo extra-asilar da saúde mental com a reforma antimanicomial (Passetti, 2012; Corbanezi, 2018b); na compreensão da ramificação e flexibilização das categorias de transtornos depressivos nas últimas edições do DSM (Corbanezi, 2015; 2018a) e da emergência do TOC nos anos 1990 (Siqueira, 2009; 2010; 2011) como formas de patologização de manifestações que possam implicar em adversidades ou

O sucesso a uma pílula de você! Análise dos enunciados e casos psiquiátricos

Transtornando as possibilidades de perda de capital humano

Com Foucault, aprende-se que as relações de poder também se realizam discursivamente sobre os sujeitos, que os discursos acarretam efeitos de verdade e, por conseguinte, impactos políticos sobre os corpos e as subjetividades. Entre outras formas, as repercussões de poder de um discurso se manifestam no funcionamento das instituições, no delineamento das condutas dos indivíduos, na programação de grades de percepção da realidade (Foucault, 2003, p.345). O discurso existe, então, como "um sistema de relações sociais" (idem, 2016i, p.42), no qual os enunciados – os ditos e escritos – circulam, possibilitando ou dificultando comportamentos, integrando ou contestando certas disposições e interesses de poder (idem, 2008c, p.119).

Nessa perspectiva, descrevo agora como, nos enunciados extraídos da atual psiquiatria neurobiológica sobre transtornos, aspectos da existência que possam se relacionar a qualquer eventual diminuição de capital humano foram psiquiatrizados. Abordo essa inserção de elementos que envolvem performances no domínio dos transtornos como um dos pontos de apoio à prescrição médica de psicofármacos como dispositivo neoliberal de produção e governo de condutas.

Conforme visto no Capítulo 3, a definição operacional de transtornos mentais (*mental disorders*) – a partir do DSM-III (APA, 1989) em 1980 – como síndromes, conjuntos de sintomas expressos, entre outros pontos, em prejuízos em um ou mais campos importantes do funcionamento social, materializa um processo de patologização de

prejuízos na vida profissional, social e afetiva; no entendimento do TDAH como psiquiatrização de condições que possam levar a danos no desenvolvimento do futuro capital humano de crianças (Ponzio, 2017).

condições que possam diretamente afetar a atuação do indivíduo. Evitar atividades sociais, apresentar uma redução da produtividade e da eficiência no cotidiano profissional ou escolar, por exemplo, foram aspectos elevados a sintomas de definição diagnóstica (em parte, também pela ausência de marcadores biológicos para a maior parte dos transtornos psíquicos, como igualmente menciono no capítulo anterior). A atual edição desse manual, o DSM-5 de 2013, continua a partilhar desse conceito abrangente e patologizante de transtorno:

> Um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. *Transtornos mentais estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes.* (APA, 2014, p.20, grifos meus)

Dessa noção de transtorno, que se repete também na décima edição do CID, pode-se desdobrar que a *order*, em razão da qual uma conduta seria patologizada como *disorder*, refere-se ao sucesso individual – ou, no mínimo, ao desempenho satisfatório – nas atividades sociais familiares, de consumo e profissionais (Pereira, M., 2013, p.44; Corbanezi, 2015, p.120-1). Assim, defendo que essa definição de transtornos é atravessada pela concepção neoliberal de sujeito empresário de si mesmo (Foucault, 2008b, p.332; Dardot; Laval, 2016, p.16): desde o DSM-III, todo o indivíduo que, por alguma vulnerabilidade ou mal-estar, encontra-se comprometido na manutenção ou incremento de suas habilidades e potencialidades de capital humano pode vir a ser diagnosticado com algum transtorno.

Essa compreensão de transtornos do DSM como certa implicação na capacidade funcional do indivíduo se reflete nos manuais de orientações clínicas e nas revistas psiquiátricas de atualização profissional aqui examinados. Menciona-se, por exemplo, que

"a redução da qualidade de vida e o comprometimento global da pessoa (pessoal, familiar, ocupacional, emocional e social) fazem com que os transtornos mentais sejam um dos principais contribuintes para a carga de doença total"[7] (Dalarmelina et al., 2018, p.15). Entre os denominados estressores psicossociais[8] como um dos fatores relacionados à manifestação de transtornos, um dos manuais clínicos orienta que na prática médica se deve atentar que "com maior frequência, os estressores são eventos da vida cotidiana (p. ex., perda de um ente querido, *mudança de emprego ou situação financeira*), mais do que eventos raros e catastróficos (p. ex., catástrofes naturais, crimes violentos)" (Sadock, 2007, p.848, grifos meus).

No tocante a transtornos específicos, essa vinculação de aspectos que possam levar a detrimentos na atuação (profissional, intelectual, familiar) como sintomas e sinais diagnósticos se expressa, nos materiais analisados, na neurastenia (como condição patológica de esgotamento físico e/ou mental), nas ansiedades, nos transtornos bipolares, no transtorno disfórico pré-menstrual, na fobia social e nos transtornos depressivos.[9]

---

7 A carga de doença total (ou carga global de doença) é uma medição estatística que procura apurar os efeitos de morbidade (anos de vida saudáveis desperdiçados em virtude de problemas de saúde incapacitantes) e mortalidade (anos potenciais de vida perdidos por morte prematura) no panorama da qualidade de vida (mas pode-se ler "produtividade") dos habitantes de um país.

8 Uma das dimensões da abordagem multiaxial dos fenômenos psíquicos inaugurada pelo DSM-III, como referida no terceiro capítulo.

9 Distúrbios psiquiátricos que apresentam, na atualidade, altas taxas de prevalência: de 3 a 11% da população mundial sofrem de neurastenia; 3,6% das pessoas no planeta e 9,3% no Brasil possuem transtornos de ansiedade; de 0,5 a 1% dos indivíduos do globo padecem de bipolaridade; de 3 a 8% das mulheres no mundo manifestam sintomas severos de disforia pré-menstrual; de 2,5 a 13,3% dos habitantes dos Estados Unidos, onde foi realizado um estudo epidemiológico sobre a abrangência da fobia social, podem apresentar episódios desse transtorno ao longo da vida; por fim, os transtornos depressivos afetam 4,4% da população do planeta e 5,8% dos brasileiros (OMS, 2017; Fusar-Poli et al., 2012; Valadares et al., 2006; Katzelnick et al., 2001). (As variações nas taxas de prevalência de cada transtorno se devem aos diferentes instrumentos de medição utilizados por cada pesquisa na avaliação da presença de sintomas e sinais diagnósticos.)

Nesse sentido, o manual de saúde mental do Ministério da Saúde para a clínica pública de atenção básica instrui, para o diagnóstico da neurastenia, a atenção aos seguintes critérios: "*fadiga crescente* com associações desagradáveis, *dificuldades de concentração* e um *decréscimo constante do desempenho e da eficiência*" (Brasil, 2013, p.78, grifos meus). Sobre os transtornos de ansiedade, um dos artigos coloca que a "preocupação que é típica da ansiedade generalizada resulta em uma *capacidade ruim de tomar decisões*, relacionamentos disfuncionais, *diminuição da performance no trabalho* e *tendência ao isolamento social*" (Allgulander, 2007, p.173, grifos meus).

Também nessa perspectiva, tanto o transtorno bipolar como o transtorno disfórico pré-menstrual são referidos em razão de possíveis prejuízos nas aptidões e habilidades dos sujeitos. Sobre o primeiro, menciona-se que "apresenta um *grande impacto na vida social, econômica* e *afetiva do paciente*" (Bastos Lima et al., 2012, p.30, grifos meus) e que "está associado à morte prematura, redução da qualidade de vida e outras complicações, como o comprometimento cognitivo" (Lucena; Vasconcelos; Macedo, 2018, p.43). Já em relação à disforia pré-menstrual, alude-se à severidade dos sintomas que "*interferem no desempenho de funções habituais*, atuando tanto no social quanto no emocional" (Tamashiro et al., 2017, p.16, grifos meus) e acabam "promovendo deterioração transitória nos contatos familiares, seja predispondo ao número de incidência de delitos, acidentes e *baixa produtividade no trabalho*" (Demarque et al., 2013, p.7, grifos meus).

A patologização dessas condições – fenômenos tão naturais e orgânicos quanto o período menstrual ou a extenuação decorrente de esforços físicos e mentais intensos – realça certa incapacidade do atual e prevalente modelo societário em consentir qualquer redução na atividade dos sujeitos. Manifesta-se, dessa forma, uma preocupação biopolítica em fazer viver mais, de forma mais satisfatória, em razão, agora, da produtividade, eficiência, rentabilidade (valores apreciados pela racionalidade neoliberal contemporânea).

Diretamente relacionado às circunstâncias de avaliação da performance, artigos sobre a fobia social – caracterizada pelo medo

excessivo e persistente de sofrer críticas ou julgamentos em situações sociais ou de desempenho (como falar em público ou interagir com algum superior hierárquico) – fazem alusões ao seu caráter limitante nos relacionamentos e na vida profissional (Nardi, 1999; Andrade et al., 2019). As menções a esse transtorno evidenciam também como o modelo subjetivo de empresário de si mesmo (Foucault, 2008b; Dardort; Laval, 2016) se encontra incorporado pelos indivíduos: os receios de cometer um erro, parecer pouco atraente ou, pior, incompetente, e as angústias a respeito das conclusões alheais sobre si exteriorizam os temores de danos ao capital humano do sujeito. Nessa perspectiva, um dos articulistas chega a vaticinar: "O paciente tem o diagnóstico de fobia social, uma fórmula virtual para *solidão, tristeza e fracasso*" (Nardi, 1999, p.261, grifos meus).

Por sua vez, nas referências aos transtornos depressivos presentes nos manuais e periódicos analisados, são apresentados como principais sintomas diagnósticos: ocorrências de *arrefecimentos do interesse, da confiança,* do prazer e *da concentração* (Costa; Aguiar; Blay, 2011, p.18, grifos meus), e "sensação de menos valia" (Brasil, 2013, p.165). Os comprometimentos nas atividades laborais e cotidianas entre os indivíduos acometidos são mencionados: "Quase todos eles (97%) se queixam de *redução da energia*; têm *dificuldade de terminar suas tarefas, mau desempenho na escola e no trabalho* e *menos motivação* para desenvolver novos projetos" (Sadock, 2007, p.590, grifos meus). Dessa forma, a diminuição da capacidade funcional (Casqueiro; Miranda-Scippa, 2018, p.21) e os prejuízos cognitivos implicados (Silva et al., 2017, p.14) fazem com que a depressão seja considerada uma das doenças mais incapacitantes na atualidade, "capaz de *reduzir a produtividade profissional do indivíduo em 10% ao longo da vida*" (Barros et al., 2019, p.7, grifos meus).

Essas alusões aos transtornos depressivos no *corpus* documental aqui examinado convergem com o argumento de Corbanezi (2015; 2018a) – apresentado no segundo capítulo – a respeito dessa condição como experiência antinormativa dos preceitos neoliberais contemporâneos: "depressão, enquanto déficit, insuficiência e desvalorização da vida, se apresenta logicamente como um problema

que inviabiliza a manutenção, a aquisição e o exercício do capital humano" (idem, 2018a, p.347).[10]

Psicofármacos como tática de produção da subjetividade neoliberal

A patologização de sentimentos e atitudes que possam acarretar prejuízos em capital humano como sintomas para diagnósticos de transtornos porta, como contrapartida, uma tática de produção de eficiência e de otimização (ibidem, p.340). A psiquiatrização desses elementos relacionados à atuação do sujeito permite, por meio do emprego de psicofármacos, incitar e estimular determinadas condutas valorizadas pelo atual princípio normativo neoliberal (como o engajamento, a produtividade e a eficácia). Nessa perspectiva, para cada transtorno mencionado no item anterior, os mesmos manuais e artigos sugerem medicamentos específicos e relatam os efeitos esperados.

Como esboçado no capítulo anterior, os psicofármacos foram objetos de uma série de críticas em decorrência, entre outros fatores, de sua toxicidade colateral, da dependência medicamentosa, da inconclusividade dos estudos sobre o papel das neuromaninas – alvos dos medicamentos psiquiátricos de nova geração – no desenvolvimento de transtornos. A despeito dessas disputas, o pensamento prevalente da psiquiatria neurobiológica ainda os compreende como parte de uma grande panaceia: "Com a quantidade de estudos das neurociências, da genética e da *psicofarmacologia*, a psiquiatria já possui grande arsenal de conhecimentos sobre mecanismos fisiopatológicos e etiológicos dos principais diagnósticos que se propõe a tratar" (Machado; Souza; Cantilino, 2017, p.17, grifos meus).

10 O que não implica negar a existência e manifestação real de sofrimentos e mal-estares subjetivos nessa e em outras condições denominadas pela psiquiatria como transtornos.

Nos materiais analisados, os psicofármacos são anunciados como recurso não restrito a uma única especialidade médica. O já citado manual de saúde mental do Ministério da Saúde apresenta que:

> Vale a pena desmitificar o nome de "medicamentos psiquiátricos", o que sugere que somente os psiquiatras sabem prescrevê-los. Falaremos aqui de medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central e que *podem ser utilizados quando aspectos relacionados a dimensões do comportamento, do pensamento, do sono, da vontade, de várias dimensões da vida de uma pessoa* [...] são trazidas como principal problema durante um contato com um usuário. (Brasil, 2013, p.155, grifos meus)[11]

Nessa prescrição de psicofármacos por clínicos da atenção básica para adversidades comuns da existência (nas mencionadas dimensões do comportamento, sono, vontade etc.) sobressai-se, como apontado por Le Breton (2003), a possibilidade de uma gestão farmacológica das dificuldades da vida cotidiana.[12]

Em exposição também preambular a respeito do emprego desses medicamentos, outro manual de psicofarmacologia (Schatzberg, 2009, p.26, grifos meus) salienta a qualidade de conformação e

---

11 Após se referir às possiblidades de prescrição desses medicamentos pelos clínicos de atenção básica, esse mesmo manual, em outro trecho (ibidem, p.164), alerta para a indicação indiscriminada e abusiva de psicofármacos (como os ISRS) para problemas corriqueiros da vida do indivíduo.

12 Alguns trabalhos que mensuram a prescrição de psicofármacos por serviços de atenção básica podem corroborar essa inferência. Por exemplo: estudo colaborativo internacional de 1999 aponta que a prevalência da prescrição de psicofármacos por médicos da atenção básica variava de 2,1% a 29,6% das consultas (Linden et al., 1999); outra pesquisa (Portela et al., 2012) indica que, em uma localidade no Nordeste do Brasil, os medicamentos psiquiátricos (em conjunto com os medicamentos para transtornos neurológicos) foram a quarta categoria mais prescrita pelos serviços locais de atenção básica (logo após os fármacos para hipertensão, para o sistema circulatório e analgésicos); estudo em uma cidade do interior do Sudeste brasileiro descreve que 53% da amostra analisada faz uso de psicofármacos obtidos em serviços de atenção primária (Alves et al., 2020); por fim, em revisão de literatura, um trabalho (Moura et al., 2016) indica que o

ajustamento social que esses fármacos trazem: "os resultados benéficos podem ser obtidos simplesmente pela redução dos sintomas e pela simultânea *promoção da capacidade do indivíduo de adaptar-se às exigências da sua vida*".

De forma específica em relação aos sintomas dos transtornos de ansiedade e de disforia pré-menstrual, os ISRS despontam como a principal classe de psicofármacos indicada. Alguns artigos relatam, por exemplo, melhoras nas habilidades de tomar decisões, priorizar tarefas, gerenciar riscos e socializar com parceiros profissionais e familiares (Demarque et al., 2013, p.9; Tamashiro et al., 2017, pp.16-20): "'Rejuvenescido' é de fato a palavra que os pacientes às vezes utilizam para descrever os efeitos da medicação" (Allgulander, 2007, p.174).

Nesses enunciados, próximos às considerações de Ehrenberg (2010), a prescrição médica de psicofármacos pode funcionar como expediente para se reestabelecer e impulsionar aptidões afetivas e sociais do sujeito, agora tomado como empresário de seu próprio capital humano. A alusão às revitalizações de pacientes também remete a uma otimização de aspectos vitais concretizada por meio do consumo desses medicamentos (Rose, 2011; 2013).

Ainda sobre os sintomas de ansiedade, em um dos manuais, há sugestão médica de emprego de benzodiazepínicos para questões não necessariamente patológicas (uma das quais diretamente relacionadas à atuação profissional do indivíduo): "o paciente continue a tomar uma dose estável de benzodiazepínico por um período definido, ou seja, um ano, por *razões sensíveis* (p. ex., *esperar pelo término de um divórcio, finalizar um trabalho importante* e recuperar-se totalmente de um episódio maníaco" (Schatzberg, 2009, p.448, grifos meus).

No que se refere ao tratamento psicofarmacológico do transtorno de fobia social, os benzodiazepínicos, os IMAO, os ISRS

---

perfil de usuários que obtinham psicofármacos por meio de clínicos de atenção básica tinha, entre outras características, idade entre 30 e 40 anos, encontravam-se desempregados, tinham doenças crônicas, *não apresentavam nenhum transtorno mental diagnosticado* e consumiam principalmente antidepressivos e benzodiazepínicos.

e os betabloqueadores[13] (em especial, o cloridato de propranolol) despontaram como os principais fármacos recomendados. Sobre os benzodiazepínicos, um manual (Sadock, 2007, p.676, grifos meus) traz informações sobre os efeitos nos aspectos relacionais do indivíduo produzidos por essa classe de medicamentos, além da reação ansiolítica, levando os "pacientes a encarar várias ocorrências sob um aspecto positivo", ocasionando uma "*leve ação desinibidora*, semelhante à observada após a ingestão de pequenas quantidades de álcool". Já a indicação de antidepressivos (como os IMAO e os ISRS) é sustentada por seus efeitos na redução da ansiedade e esquiva social, permitindo ao sujeito acometido "*desempenhar com mais conforto e desembaraço suas atividades sociais e profissionais*" (Nardi, 1999, p.255, grifos meus). Por fim, os betabloqueadores foram sugeridos para consumo prévio às situações de avaliação de desempenho (em entrevistas de emprego, apresentações em público, provas de conhecimento, por exemplo) como mecanismo de prevenção à ansiedade incapacitante (Sadock, 2007, p.1072; Sadock; Sadock, 2013, p.58; Fontanella, 2003, p.228).

Nessas menções ao emprego de psicofármacos para fobia social, esses medicamentos se manifestam como dispositivo de produção e manutenção da performance e do desempenho, tornando os indivíduos mais sociáveis, mais produtivos e mais seguros em sua atuação. De certa forma, o emprego desses medicamentos se manifesta aqui também como recurso disponível ao sujeito nos embates com as demandas da realidade (Ehrenberg, 2010).

Chama a atenção também a informação trazida por um dos artigos (Nardi, 1999, p.253-4) de que, na década de 1980 – quando o neoliberalismo se consolidava como política de Estado no denominado norte global com Margareth Thatcher na Inglaterra (1979-1990) e Ronald Reagan nos Estados Unidos (1981-1989) (Dardot; Laval,

---

13 Os bloqueadores beta-adrenérgicos ou betabloqueadores são uma classe de fármacos que têm em comum a capacidade de bloquear os receptores β da noradrenalina. Além do uso mencionado para redução e controle da ansiedade de desempenho, possuem diversas indicações, em especial, como antiarrítmicos, anti-hipertensivos e na proteção cardíaca após enfarte do miocárdio.

2016, p.189) –, iniciaram-se os estudos clínico-farmacológicos para o tratamento de fobia social. Nessas pesquisas, foram examinados, sobretudo, indivíduos que possuíam seu desempenho continuamente avaliado (como músicos, atores e atletas profissionais); refletindo, de certa maneira, o estabelecimento dessa performance de alto nível como modelo subjetivo geral (Ehrenberg, 2010, p.162).

Para as inúmeras categorias de depressão – que, como mencionado no Capítulo 2, ramificam-se desde o DSM-III em classificações diagnósticas que tangenciam estados de normalidade (Corbanezi, 2015; 2018a) –, novamente os ISRS (como a fluoxetina – o Prozac –, a paroxetina, a sertralina, a bupropiona, a venlafaxina, entre outros) são os fármacos psíquicos preponderantemente indicados para os sintomas de desmotivação, perda de interesse e dificuldade de concentração (Sadock, 2007, p.604; Brasil, 2013, p.156). Há ainda indicações específicas de psicoestimulantes (como a lisdexanfetamina, usualmente empregada nas terapias de TDAH) para melhora dos sintomas residuais de déficit cognitivo apresentados nos transtornos depressivos (Silva et al., 2017, p.15-6).

Alguns dos casos narrados nesses manuais exemplificam como esses enunciados (referentes à articulação de eventuais reduções da performance como sintomas de transtorno e ao emprego de psicofármacos para esses aspectos) foram incorporados às práticas clínicas. De certa forma, expressam também a maneira pela qual os indivíduos compreenderam suas dificuldades cotidianas como passíveis de apoio psiquiátrico, motivando-os a procurar ajuda médica.

Vários desses relatos se relacionam diretamente à ansiedade em face das contínuas avaliações do desempenho e do comprometimento no emprego – um dos mecanismos neoliberais de normalização nessa luta econômica de uns contra os outros (Dardot; Laval, 2016, p.331). No primeiro caso que trago, a descrição de uma situação não necessariamente patológica:

> X.[14] é uma advogada bem-sucedida, casada, com 30 anos de idade, que se apresentou para avaliação psiquiátrica para o tratamento de sintomas crescentes de preocupação e ansiedade. Nos últimos oito meses, observou *aumento da preocupação sobre seu desempenho no trabalho*. Por exemplo, *ainda que sempre tivesse sido uma litigante soberba, sentia-se cada vez mais preocupada com sua capacidade de vencer novos casos que viessem a se apresentar*. [...] Ela notava sintomas somáticos que acompanhavam suas preocupações [...] sentia-se inquieta enquanto trabalhava ou se deslocava para o escritório, pensando sobre os desafios a enfrentar durante o dia. Relatou ainda se sentir cada vez mais cansada, irritável e tensa. *Apresentava dificuldade cada vez maior para adormecer a noite à medida que se preocupava com o seu desempenho no trabalho e os julgamentos futuros*. (Sadock, 2007, p.676, grifos meus)

Nesse episódio, o sujeito busca atendimento psiquiátrico para a ansiedade que sofre diante da demanda de manter uma performance elevada: mesmo já se considerando uma profissional com altos rendimentos, os sempre novos desafios no trabalho e os possíveis julgamentos alheios sobre seus resultados futuros a afligiam. Por meio da consulta psiquiátrica e o acesso aos psicofármacos decorrente, delineia-se aqui um cuidado, pelo indivíduo, no sentido de buscar ser sempre o mais eficaz possível e de constantemente maximizar seus resultados (Dardot; Laval, 2016, p.328-30).

Em um dos casos trazidos em um manual de formação e educação continuada em psiquiatria, a preocupação com a "avaliação cada vez mais minuciosa e mesquinha da atividade dos indivíduos" (Dardort; Laval, 2016, p.374) aparece de novo como o principal motivo que leva o sujeito a procurar auxílio médico:

> *Um homem de 35 anos procura um psiquiatra por sentir uma ansiedade devastadora devido a uma palestra que precisa fazer. Relata que*

14 Todos os nomes apresentados nos casos foram omitidos ou alterados pelos próprios autores dos textos.

> *recentemente foi promovido a uma posição em sua empresa que requer que fale diante de cerca de cem pessoas. Diz que a primeira dessas palestras será em duas semanas e que sua preocupação o impede de dormir.* Sabe que seu medo é desproporcional, mas não consegue controlá-lo. Explica que sempre teve problemas para falar em público, pois teme *"fazer alguma burrice" ou de alguma maneira se colocar em uma situação constrangedora. [...] Como sabe que precisa fazer a apresentação em duas semanas ou não poderá continuar nesse emprego, procurou o psiquiatra esperando encontrar uma solução para o problema*. (Toy, 2014, p.99, grifos meus)

Esse manual (Toy, 2014, p.100-2) sugere – como solução a esse caso no qual o indivíduo receia, em virtude de sua atuação, um impacto negativo sobre o seu emprego – a terapia psicológica cognitivo-comportamental combinada com o uso de benzodiazepínicos ou betabloqueadores para se alcançar efeitos em curto prazo (um êxito ou ao menos uma execução aceitável de sua função no evento). Para o tratamento prolongado, o emprego de ISRS (como a sertralina ou a fluoxetina) é aconselhado. Novamente, o psicofármaco funciona como recurso neuromolecular de controle, modulação e de otimização das capacidades emocionais e corporais do sujeito (Rose, 2013, p.32), inserido nessa racionalidade neoliberal na qual deve sempre se conduzir como empresário de si mesmo, fazendo frutificar seu capital (Dardot; Laval, 2016, p.400).

Em outro episódio, classificado como de fobia social, a apreensão em relação à competência e à competitividade é igualmente a causa fundamental que leva o indivíduo a procurar auxílio médico:

> Paciente masculino, de 33 anos [...]. Trabalhava como vendedor de seguros desde sua graduação em Matemática. Procurou um psiquiatra particular por recomendação de um amigo, *queixando-se de "ansiedade no trabalho"*.
>
> O paciente descreveu a si mesmo como um sujeito extrovertido e sociável durante toda a sua adolescência e o início da idade adulta, sem problemas sérios até o terceiro ano da faculdade, quando

> começou a sentir-se extremamente tenso e nervoso ao se preparar para as provas e trabalhos acadêmicos. [...] Não conseguia compreender por que ficava tão nervoso ante a realização de trabalhos e provas, tarefas que no passado sempre realizara bem. *Como resultado da não entrega de alguns trabalhos e de seu atraso em outros, suas notas foram seriamente afetadas.*
>
> Logo após sua formatura, o paciente foi empregado como vendedor na companhia seguradora. Seu treinamento inicial (comparecer a palestras, realizar determinadas leituras) deu-se sem transtornos, mas tão logo começou a ter clientes, sua ansiedade retornou. Ficava extremamente nervoso quando esperava telefonemas de clientes. Quando seu telefone comercial tocava, começava a tremer e, às vezes, não respondia. Por fim, *evitava o nervosismo, deixando de marcar encontros e não contatando clientes que deveria atender.*
>
> Quando indagado sobre o quê [*sic*], nessas situações, o deixava nervoso, disse que se preocupava com o que o cliente pensaria dele. "O cliente pode sentir que estou nervoso e me fazer perguntas que não sei responder. Eu me sentiria um tolo." [...]
>
> Embora jamais tenha ficado desempregado, *o paciente estimou que estivera funcionando em, apenas, 20% de sua capacidade produtiva,* o que seu empregador tolerava, porque os vendedores são pagos apenas por comissão. Nos últimos anos, o paciente precisou tomar emprestado grandes somas, para poder sobreviver. (Kaplan; Sadock; Grebb, 1997, p.559, grifos meus)

Nesse relato, manifesta-se, mais uma vez, características do modo de objetivação neoliberal do sujeito: os sinais de timidez, o medo de errar e parecer incompetente são diametralmente opostos aos princípios neoliberais de energia, iniciativa, ambição e sucesso. Almejando alcançar tais valores, o sujeito busca no atendimento psiquiátrico e no uso de psicofármacos "participar inteiramente, engajar-se plenamente, entregar-se por completo a sua atividade profissional" (Dardot; Laval, 2016, p.327), ultrapassando, dessa forma, os meros 20% de potencial produtivo que o sujeito estima realizar.

No interior do atual programa neoliberal, deve ser sublinhado que apresentar uma baixa produtividade não traz mais caráter algum de contestação à disciplina do trabalho – tal como realizada, por exemplo, pelos trabalhadores ingleses no final do século XVIII e início do XIX (Thompson, 1998). Com a promoção da lógica do sujeito empreendedor de seu próprio capital (o capital humano donde provém seus dividendos) como modelo de governo de si (Dardot; Laval, 2016, p.34), a racionalidade neoliberal captura e neutraliza, sem a necessidade de técnicas disciplinares institucionais de docilização do trabalhador (Foucault, 1987), as potencialidades de resistência internas ao próprio trabalho (na indolência, na redução do rendimento, no presenteísmo etc.).

Em outra situação narrada, aparece menção ao uso autônomo de medicamentos motivado, mais uma vez, pelo pavor do indivíduo a eventos de mensuração da performance (o que também expressa a disseminação desse discurso psiquiátrico sobre os efeitos dos psicofármacos nessas questões de eficiência):

> Sexo feminino, 34 anos, ensino superior completo, queixa-se de "tremeliques" há vinte anos, em várias situações cotidianas: tremor interno, medo e sensação de incapacidade de realizar, diante de outras pessoas, tarefas cotidianas simples (como pagar contas no comércio) ou mais complexas (como participar de reuniões profissionais). [...] Sua amiga havia então "descoberto o propranolol"; a paciente usou e considerou "fantástico". Embora temendo efeitos adversos, passou a tomar propranolol *para enfrentar "qualquer que fosse a situação, mesmo em ocasiões imprevistas"*. [...] *Por seis anos manteve este padrão de uso, pois imaginava que poderia ser escalada de última hora para apresentar seu trabalho aos colegas e à chefia* (o que, na prática, ocorre uma ou duas vezes por mês). (Barcellos, 2003, p.229, grifos meus)

Ainda que esse caso se refira à existência prévia de um mal-estar psíquico, as exigências de desempenho laboral se destacam como um dos fatores basilares ao sofrimento do sujeito. Diante da

possibilidade de um eventual fracasso diante dos colegas e da gerência nesse contexto profissional de vulnerabilidade e precariedade (Dardot; Laval, 2016, p.363), o psicofármaco funcionou, para o sujeito agora inteiramente responsabilizado pelo seu próprio sucesso, como mecanismo de suporte às habilidades psicológicas e corporais (Ehrenberg, 2010, p.143).

De forma similar, nos casos que narram eventos de depressão, transparecem também afinidades entre o cuidado psiquiátrico e a lógica neoliberal do sujeito empresário de si mesmo. Nesse sentido, em relato sobre distimia (uma das classificações dos transtornos depressivos, na qual os sintomas de baixa autoestima, falta de apetite e energia reduzida podem se apresentar de forma menos acentuada, porém por longos períodos), narra-se:

> Um professor do ensino fundamental de 27 anos de idade apresentou-se com a queixa principal de que a vida era um dever doloroso, à qual sempre faltou brilho. Declarou que se sentia envolvido por um sentimento de tristeza que estava quase sempre com ele. Embora fosse respeitado por seus colegas, sentia-se "como um *fracasso grotesco*, um conceito de si próprio que tinha desde a infância". Ele *afirmou que pouco se empenhava em suas responsabilidades como professor* e que nunca tinha conseguido nenhum prazer com qualquer coisa que fizera na vida. [...] Revelou que se sentia vazio, *passando pela vida sem um sentimento de direção, ambição ou paixão*, uma percepção que o estava atormentando. (Sadock, 2007, p.613, grifos meus)

A depressão desponta nesse relato como situação de baixíssimo capital humano: empenho reduzido, diminuição da energia, ausência de ambição. Na atenção psiquiátrica e no consumo de psicofármacos, reside a expectativa de uma modulação subjetiva do indivíduo a fim de melhorar sua atuação, conduzindo-se como entidade em competição com os demais sujeitos: "seu bem-estar e sua gratificação profissional são dados apenas como consequência dessa melhoria" (Dardort; Laval, 2016, p.343).

Em síntese, os psicofármacos são referidos nesses materiais como expedientes de suporte aos sujeitos nas agruras e sofrimentos comuns à existência (Le Breton, 2003; Ehrenberg, 2010), assim como recursos à recuperação, à manutenção e à majoração de qualidades afetivas e emocionais (Ehrenberg, 2010; Rose, 2011; 2013) que possam compor o capital humano do indivíduo.[15] Como diagnosticado por Dardot e Laval (2016, p.339 e p.358) em relação ao *coaching* e à programação neurolinguística, esses medicamentos se manifestam também como mais uma tecnologia na qual os enunciados psíquicos se cruzam com os axiomas econômicos (como parâmetros disseminados de avaliação de todas as ações dos sujeitos) na direção das condutas dos indivíduos como empresários de si.

Uma apologia do Prozac: tornar-se "melhor do que nunca"

As conexões e as afinidades entre a racionalidade neoliberal e o emprego do Prozac como dispositivo neuromolecular de produção e governo das condutas se apresentam também nos casos descritos em *Ouvindo o Prozac*, de Peter Kramer (1994). Descrevendo experiências de seus pacientes com esse psicofármaco ocorridas entre o fim dos anos 1980 e o início dos 1990, o *best-seller* de Kramer foi o primeiro a apresentar, ao público leigo geral, o Prozac e seus efeitos.[16]

---

15 Ainda que não prevalente, deve ser ressaltado que alguns artigos analisam criticamente o emprego não prescrito de psicofármacos estimulantes para melhora do rendimento intelectual e com vistas à redução do sono, bem como relatam a introdução de métodos não farmacológicos (como práticas de meditação) (Bilitardo et al., 2017; Saide; Albuquerque; Vianna, 2017). Contudo, esses artigos se restringem às críticas dos riscos envolvidos no consumo desses medicamentos sem supervisão médica e à proposta de práticas não medicamentosas apenas como complementares ao tratamento farmacológico.

16 Kramer (1994, p.30) pondera que os efeitos descritos em seus relatos se referem a parte de seus pacientes: "Alguns não são simplesmente afetados pelo remédio; outros apenas se recuperam da depressão, como fariam com qualquer outro antidepressivo". Nesse sentido, coloco logo na Introdução, como cuidado

Em especial, essa obra se tornou célebre pela defesa de uma "psicofarmacologia cosmética" com a invenção dos ISRS: a possibilidade de emprego desses medicamentos em condições não *stricto sensu* patológicas, como na produção e melhora do bem-estar psíquico.

Nessa perspectiva, boa parte dos relatos em *Ouvindo o Prozac* se referem a ocorrências que tangenciam a normalidade – como indico no Capítulo 3 e em sintonia com os diagnósticos sobre a atual psiquiatria feitos por Rose (2003; 2011; 2013), Castel (2011), Passetti (2012), Caponi (2012a; 2014; 2018a), Côrtes (2012) e Corbanezi (2015; 2018b). Casos, na obra em questão (Kramer, 1994, p.137), que focam "mais em infelicidade crônica em pequeno grau ou em pequenos períodos recorrentes de abatimento moral do que em depressão aguda". Sob prescrição médica de Prozac em Kramer, emoções decorrentes de dificuldades comuns da existência, como situações de baixa autoestima, de inibição, de perfeccionismo e até de temperamento um tanto quanto disperso.[17]

---

metodológico, que problematizo um dos registros de uso sob recomendação médica desse psicofármaco como dispositivo biopolítico *neuro*molecular, uma tecnologia de farmacopoder instrumentalizada para fins de (auto)governo neoliberal dos sujeitos contemporâneos.

17 O que talvez pudesse representar certo excesso psiquiatrizante na prática clínica de Kramer prefigurou uma tendência de intervenção da psiquiatria neurobiológica por meio dos ISRS sobre situações de normalidade. Paradigmático, nesse sentido, foram os estudos psicofarmacológicos liderados pelo psiquiatra e professor da USP, Valentim Gentil Filho, que na primeira década do século XXI tratou setenta pacientes sem nenhum indício de distúrbio psiquiátrico (e sem familiares de primeiro grau com algum transtorno) com antidepressivos: "para 35% das pessoas que não teriam indicação de remédio, o uso do antidepressivo exerceu um efeito positivo. Elas passaram a exibir um estado emocional que chamamos de 'melhor do que bem'" (Gentil, 2007); cerca de 30% dos voluntários afirmaram também "prestar mais atenção em suas tarefas diárias. No trabalho, eles ficaram menos aflitos com as exigências simultâneas e erraram menos. [...] eram menos medrosas, irritadas e impulsivas e mais resilientes – aceitavam com mais facilidade e resignação os problemas da vida" (Silva, 2009). Novo desafio que se descortinava à psiquiatria nesses tempos de generalização da racionalidade neoliberal (Dardot; Laval, 2016): tornar os normais mais normais, produzir um *plus* ou uma mais-valia de normalidade (Côrtes, 2012, p.334).

Em um dos primeiros casos no qual narra suas experiências iniciais prescrevendo o Prozac, Kramer acompanha um sujeito que padece do que foi diagnosticado como depressão. Após resultados parcialmente satisfatórios com antidepressivos de geração anterior, o psiquiatra indica o uso do Prozac.

> Sam era um sujeito fascinante, espirituoso, inclinado ao sarcasmo. [...]
>
> Ao se aproximar dos 40 anos, Sam caiu em depressão melancólica, desencadeada por reviravolta nos negócios e pela morte dos pais. [...]
>
> [...] ele concordou em tomar o Prozac.
>
> [...] Sam não apenas recuperou-se da depressão, como *declarou-se "melhor do que nunca"*. Sentia-se descontraído, com *mais vivacidade*, menos pessimista. *Agora podia terminar projetos com uma única prova, ao passo que antes precisava fazer inúmeros esboços*. Sua memória estava mais confiável, *sua concentração, mais aguçada. Cada aspecto de seu trabalho desenrolava-se mais facilmente*. Parecia mais equilibrado, mais ponderado, menos distraído. (Kramer, 1994, p.9-10, grifos meus)

Os efeitos rápidos do medicamento – em comparação à psicoterapia, por exemplo – nas características funcionais do sujeito surpreendem Kramer (ibidem, p.14): "O Prozac parecia proporcionar confiança social ao habitualmente tímido, tornar o sensível impetuoso, emprestar ao introvertido as habilidades sociais de um vendedor". Tais resultados do psicofármaco também motivam Sam a continuar fazendo um uso autônomo do Prozac mesmo após a alta:

> Sam, o arquiteto cuja personalidade perdeu parte de sua aresta em resposta ao Prozac, reiniciou a droga muito depois de sua depressão ter desaparecido (como fiquei sabendo quando o encontrei por acaso em um evento social). *Ele descobrira que desenhava, pensava e falava mais fluentemente quando estava sob o efeito do remédio*, de modo que ele "picava" o Prozac, tomando uma pequena dose diária,

> apesar da apreensão da sua mulher. Presumira que eu também não aprovaria o uso do remédio, de modo que *pedira a seu clínico geral que lhe desse uma receita*. (Ibidem, p.245, grifos meus)

O aumento da eficiência e da agilidade, a produção de maior concentração e clareza de raciocínio expressam, nesse primeiro relato, o potencial de emprego do Prozac para incremento das características de capital humano do indivíduo. A utilização de forma independente a Kramer do medicamento também expressa a incorporação, por Sam, desse modelo de sujeito neoliberal, competitivo empresário de si mesmo, que deve procurar, de qualquer forma e sempre, frutificar seu valor incessantemente (Dardot; Laval, 2016, p.31).

A partir de outros casos observados na prática clínica, nos quais os pacientes "se tornaram 'melhores do que nunca', [...] adquiriram energia extra e se tornaram socialmente interessantes" (Kramer, 1994, p.15), o psiquiatra propõe, como já mencionado, o conceito de "psicofarmacologia cosmética" para se referir a essas consequências do Prozac. Como coloco no capítulo anterior, compreendo o que Kramer designa nesse conceito como apenas um dos elementos da atual biopolítica psiquiátrica *neuro*molecular, na qual se objetiva oportunizar condições mais do que saudáveis aos sujeitos.

Semelhante ao diagnosticado por Rose (2011, p.16), o Prozac emerge, para além do binarismo saúde-doença, como tecnologia de aprimoramento das capacidades vitais: "otimizar o futuro vital atuando no presente vital". De certa forma análogo ainda ao identificado por Le Breton (2003, p.60), mas agora também dentro do domínio da prescrição médica, esse medicamento é mais uma das ferramentas farmacológicas que permite ao indivíduo a "busca da melhor adequação possível à realidade social".

Em outro caso narrado, uma situação na qual uma mulher que já possui certo sucesso profissional busca auxílio psiquiátrico por motivos que aparentam se relacionar à insegurança afetiva:

> [...] *uma mulher bem realizada* [...]. Gail tivera uma infância normal. Cresceu na década de [19]40, em meio a uma família amorosa e

> protetora, [...] *se formou em medicina numa época em que poucas mulheres o faziam*. Casou-se com seu namorado de adolescência, Frank, também médico [...]. [...]
>
> Gail me consultou porque percebeu que estava "tomando pílulas demais para uma mulher que não tem nada de errado". Era mais ou menos viciada em Florinal para dores de cabeça (Florinal é aspirina com cafeína e um barbitúrico), embora já estivesse tomando um outro remédio, Inderal [propanolol], para evitar enxaquecas. Tomava Restoril [um benzodiazepínico] para dormir, Buspar [um agonista de receptores de serotonina] para ansiedade e Xanax [outro benzodiazepínico] para a ansiedade que o Buspar e o Restoril não conseguiam resolver. [...]
>
> Gail respondeu bem. [...] recuperou a confiança sob o efeito do Prozac, capaz de fazer apresentações públicas sem necessidade de recorrer a anotações, capaz de enfrentar confrontos sem um colapso emocional. [...]
>
> *Uma coisa que desejava era a vaga que havia na direção de um departamento do hospital*. Os amigos instaram para que concorresse ao posto, mas temera ser recusada e transformara aquele temor na crença de que o cargo estava além de sua capacidade e status. *Sob o medicamento, acreditava que conseguiria exercer o cargo* [...]. Mas ainda era difícil para ela correr o risco. *Perguntou se eu poderia elevar a dose do Prozac para que se sentisse à vontade para se candidatar ao cargo*. [...] Eu não sabia se uma dose diferente teria um efeito diferente, mas não via nenhuma razão para não tentar. Ela passou a tomar mais Prozac e candidatou-se à promoção. Não foi aceita, afinal, mas conseguiu receber bem o revés. Colocou sua resposta nas mesmas palavras que tenho ouvido de outros pacientes: "Posso aguentar a decepção. Sinto-me confiante". (Kramer, 1994, p.105-7, grifos meus)

O que chama a atenção no caso de Gail não é o fato de que uma pessoa que exerça uma profissão de destaque e que usufrua de uma boa renda não possa estar imune a mal-estares psíquicos – longe disso. O que se destaca é como o psicofármaco imprimiu confiança ao

sujeito, levando Gail a solicitar até mesmo o aumento da dose do fármaco para concorrer à uma promoção na vida profissional. O Prozac compreendido e empregado mais uma vez, tanto pelo paciente como pelo médico, como recurso de desenvolvimento do capital humano do indivíduo (em especial, nos elementos de autovalorização, comunicação e projeção). Nesse trecho, é também salientado como o medicamento proporcionou ao sujeito condições emocionais de lidar, sem grandes abalos, com as vicissitudes inerentes a essa lógica competitiva neoliberal.

Um outro aspecto que se evidencia nesse episódio (e que se repetiu em outros casos) foi a expansão da atual psiquiatria neurobiológica sobre as relações familiares contemporâneas:

> Gail e Frank criaram com sucesso duas filhas gêmeas, mas *com o tempo o casamento tornou-se insatisfatório.* Quando Frank recebeu uma proposta de emprego em uma universidade a algumas horas de distância, ele aceitou, deixando Gail sozinha, exceto nos fins de semana. [...]
>
> *Talvez os efeitos mais interessantes da medicação fossem aqueles vistos no casamento.* Gail agora achava seu marido mais afetuoso e menos hostil. [...] tudo indica que a mudança inicial foi na maneira como ela o percebia – e a maneira como uma mulher percebe o marido pode influenciar no modo como ele reage a ela e vice-versa. Até onde esta compreensão dos acontecimentos esteja correta, *podemos ver a medicação como tendo quebrado um impasse conjugal.* (Ibidem, p.105-8, grifos meus)

Como visto antes, a noção subjetiva de "empresário de si mesmo" supõe uma integração da vida pessoal e profissional (Dardot; Laval, 2016, p.336): em quase todos os casos relatados por Kramer, os resultados da utilização do Prozac foram observados nessas duas dimensões de existência. Todavia, nessa atual dinâmica de psiquiatrização das relações familiares não se trata mais da patologização dos anormais que escapavam à soberania e à disciplina familiares – como na biopolítica psiquiátrica europeia do século

XIX (Foucault, 2006a; 2010a), esboçada no primeiro capítulo. Na atual racionalidade neoliberal na qual até mesmo o relacionamento da mãe com o bebê se tornou elemento de constituição do futuro capital humano do sujeito (idem, 2008b, p.315), trata-se de um esforço *ad infinitum* de produção de adequação e de bem-estar conjugal e familiar, como fatores que também podem influir no desempenho dos indivíduos.

Por esse prisma, problemas familiares cotidianos (que, de alguma maneira, paralisavam o sujeito em sua vida profissional) também despontaram como alvos da intervenção do Prozac em outro caso (no qual o indivíduo apresentaria, no máximo – como traz o próprio Kramer –, algumas características de TOC):

> À medida que Julia se estendia, fiquei menos impressionado com qualquer sinal de distúrbio de humor do que com sua frustração em casa e no trabalho. [...]
>
> Eu certamente não desejava prescrever um "pequeno auxiliar das mães", uma pílula que permitisse a Julia sentir-se menos desgastada no ambiente doméstico [...]. Eu queria, em resumo, evitar medicar Julia pelo que parecia ser insatisfação conjugal. [...]
>
> [...] seu estilo, suas preferências, seu senso de propriedade, seu perfeccionismo eram tão pronunciados que *estava permanente zangada com seus filhos e seu marido* e, dada a impossibilidade de incutir neles os seus padrões, *imobilizada no trabalho*. [...]
>
> A primeira semana sob ação do Prozac, Julia relatou, foi como "noite e dia". As crianças comportaram-se melhor e, quando Julia começou a mudar, elas disseram-lhe que ela estava gritando menos. Seu marido tornou-se mais cooperante à medida que Julia passou a tratá-lo com mais gentileza. Em seguida, *ela notou que sentia-se perceptivelmente mais disposta*. [...]
>
> Embora Julia fosse, na melhor das hipóteses, um caso "penumbroso" de DOC [distúrbio obsessivo-compulsivo, atualmente denominado como transtorno obsessivo-compulsivo, TOC], elevei a dose e anotei o progresso. Ela relatou uma melhora firme e modesta em seu estado de espírito. [...]

> *Seu relacionamento com os filhos e com o marido tornou-se mais fácil*, e ela era capaz de tolerar uma certa desordem na estrutura de sua vida. [...]
>
> Seu marido só tinha elogios para o efeito da droga [...] tão desacostumado estava após anos ao lado de uma mulher que não conseguia passar uma noite com ele sem ser crítica e irritável. (Kramer, 1994, p.41-8, grifos meus)

Com a melhora nas relações familiares, considerada sob a lógica neoliberal como possibilidade de fomento do capital humano em razão da maior disponibilidade subjetiva do indivíduo para outros aspectos da existência, propiciada pelo uso do Prozac, a paciente pode reassumir sua vida profissional: "[Julia decidiu] *retomar o caminho de uma carreira como enfermeira de hospital*. [...] *Acreditava que, sem o medicamento, jamais poderia ter dado esse passo* [...] [relatou que] estava 'indo muito bem, não podia ser melhor'. *Havia pedido e recebido uma promoção no trabalho* e fora-lhe oferecido um horário regular" (ibidem, p.47, grifos meus).

No planejamento da alta e da retirada do medicamento, a paciente externalizou a intenção de continuar fazendo uso do psicofármaco, característica também reproduzida em outros casos, em virtude da manutenção dos níveis de atuação e performance alcançados na vida familiar e ocupacional. Desejo em razão dos psicofármacos contribuírem "cada vez mais para a manutenção do normal ou para uma aceleração de seu ritmo de desempenho, de acordo com a vontade do indivíduo, às vezes sem nem roçar o limiar patológico" (Le Breton, 2003, p.60).

> Reduzimos a dose do remédio e duas semanas depois, Julia telefonou-me para dizer que estava desconsolada: "Voltei a ser uma bruxa". Sentia-se insuportável – pessimista, mal-humorada, tirana. [...]
>
> Julia retomou a dose mais alta do Prozac. Dentro de duas semanas, sentia-se ligeiramente melhor; após cinco semanas, estava "quase lá outra vez", com muitos mais dias bons do que ruins. *Disse que o trabalho se tornara uma tortura quando estava sob a dose mais baixa do remédio*. [...]

> E, em casa, era incapaz de ignorar as falhas dos próprios filhos. Sob a dose mais alta do remédio, mostrava-se mais tolerante. [...] Julia fez tudo para deixar claro para mim *o quanto se sentia mais confiante, mais absorvida em cada faceta de sua vida*, quando sob a dose adequada. (Kramer, 1994, p.47-8, grifos meus)

Embora Kramer tenha se referido ao cuidado de não prescrever ansiolíticos "auxiliares das mamães" – receitados em massa nos anos 1960 para mulheres como mecanismo de amparo aos dissabores domésticos, como refiro no capítulo anterior –, o Prozac cumpriu aqui um papel semelhante no apoio aos papéis femininos contemporâneos. Ainda que o medicamento tenha permitido a paciente sair do lar e se lançar ao mercado de trabalho, o relato de Kramer deixa claro que, além da vida profissional fora de casa, as funções de (re) produção da vida (no cuidado doméstico e na criação dos filhos, por exemplo) ainda continuam sob designação feminina (Federici, 2019). Como tecnologia de adaptação e conformação às atuais exigências da vida (Ehrenberg, 2010, p.152), o Prozac apenas lhe auxiliou a conviver com essa nova realidade e "fechar os olhos a um certo grau de caos em casa" (Kramer, 1994, p.47).

Em mais um caso, novamente, o baixo apreço por si e alguma timidez foram as motivações que levaram o indivíduo ao psicofármaco:

> Quando criança, Alisson era uma menina frágil. [...]
>
> *Na vida adulta, Alisson sentia-se fisicamente fraca, intelectualmente inferior e socialmente desajustada*, embora houvesse intervalos em que era saudável e tinha amigos. Com a ajuda de um marido compreensivo, conseguiu realizar muitos de seus sonhos. Criou três filhos razoavelmente bem-adaptados e assumiu uma posição de responsabilidade no seu trabalho de estilista de moda. Mas Alisson nunca se sentiu ligada a seus sucessos. [...]
>
> Quando apareceu no consultório, a baixa autoestima estava estampada em toda ela. Embora atraente e bem-vestida, manteve uma

> postura contrafeita durante toda a entrevista e depois desculpou-se por seu nervosismo. [...]
>
> A sensação de choro iminente desapareceu [com o uso do Prozac]. Com esta mudança veio uma profunda alteração na maneira de ver a si mesma. [...].
>
> Um problema surgira no trabalho e seu primeiro pensamento foi "Posso superar esse obstáculo", algo que ela não se lembrava de jamais ter pensado antes. *Lançou-se ao combate*. [...] *"Agora sinto-me mais ousada, e ao mesmo tempo sinto que sou uma pessoa mais amável, mais meiga."* [...]
>
> Após três meses tomando o Prozac, Allison desenvolveu uma alergia na pele e interrompemos o tratamento. *Sem o medicamento, ela se sentiu novamente desolada, sem valor e fisicamente desajeitada*. Constatou-se que a alergia tivera uma causa não relacionada ao remédio e *quando retomamos o Prozac, a sensação de confiança e de fazer parte retornou*. (Ibidem, p.209-10, grifos meus)

Nessa situação, o Prozac novamente resultou na otimização de componentes de capital humano: Alisson se tornou mais sociável, apresentou maior desembaraço e desenvolveu um temperamento mais competitivo no emprego. Como uma espécie de interruptor de autoestima (ibidem, p.212), o psicofármaco atuou em certa modulação de Alisson ao arquétipo de sujeito neoliberal, participando de uma transformação subjetiva na forma pela qual a paciente se enxergava e se comportava. Fenômeno que Kramer (ibidem, p.15, grifos meus) destaca ter notado em outros pacientes que fizeram uso do Prozac: "Vendo o desempenho *medíocre* de meus pacientes quando eram *cautelosos* e *inibidos* e como as mesmas pessoas *desabrochavam* tão logo o medicamento os tornava confiantes e versáteis". Como argumenta Le Breton (2003, p.57), se a anatomia deixou de ser destino com as intervenções das cirúrgicas plásticas, igualmente a afetividade "quando um vasto leque de meios farmacológicos propõe seus serviços".

Na abordagem psiquiátrica dessas condições de baixa autoestima, Kramer se sustenta na perspectiva neuromolecular de

compreensão dos sofrimentos mentais (tratada no capítulo anterior). Se amparando em estudos com primatas, o psiquiatra coloca que o sistema serotonérgico seria um dos responsáveis em predispor tantos sentimentos de amor-próprio quanto atitudes associadas a certos tipos de êxito social: "uma regulagem baixa de serotonina em certo sentido é baixa autoestima – um sentimento de inutilidade ou de submissão – e leva à baixa autoestima ao engendrar um comportamento não agressivo e uma aceitação de *status* social baixo" (Kramer, 1994, p.218). Hibridizando fatores biológicos com aspectos sociocomportamentais, desponta em Kramer (ibidem, p.184, grifos meus) um registro de emprego do Prozac como dispositivo biopolítico *neuro*molecular de normalização e governo das condutas: "Uma vez que acreditamos que o estado das aminas biogênicas determina os aspectos do temperamento, *esperaremos que os medicamentos que alteram as aminas influenciem a personalidade*".

Em outro episódio, ao abordar uma depressão simples, Kramer (ibidem, p.238, grifos meus) novamente intervém em aspectos não patológicos, prescrevendo Prozac também para traços comuns à individualidade do sujeito:

> Sonia é uma artista gráfica talentosa que me foi indicada [...] para consulta e prescrição de um remédio para sua depressão simples. [...] *Tinha aquele modo de falar vago e hesitante às vezes característico dos artistas* [...].
>
> Comecei a administrar-lhe o Prozac e a depressão desapareceu. [...] ela também mudou de outras maneiras que agora soam familiares: *tornou-se mais ativa e mais decidida socialmente* do que já fora até mesmo anos antes dos sintomas depressivos deflagrarem.
>
> [...] *Tornou-se mais fluente em seu discurso, mais articulada e mais objetiva.* [...]. Sonia disse que jamais desfrutara de tal lucidez de raciocínio. Isto nada tinha a ver com a recuperação da depressão; era *algo inteiramente novo.*

De novo, o consumo do psicofármaco refletiu em vantagens na performance pessoal, impactando em maior jovialidade, agilidade

mental e desenvoltura social. Ao fim do tratamento, repete-se a vontade do sujeito em retomar a utilização do psicofármaco:

> Com o tempo, pude suspender a medicação. Nos meses que seguiram, *Sonia relatou que não estava com a mente tão aguçada, nem com tanta energia, como estivera sob o efeito do Prozac*, mas considerava-se curada – de volta ao normal. Caso encerrado.
>
> [...] após alguns meses, Sonia marcou uma consulta. [...] Tendo visto esta jovem tão bem-falante, eu agora considerava seu discurso hesitante um sintoma. [...] Sonia e eu revimos os indicadores de depressão e verificamos que ela apresentava pouco deles. [...]. *Sonia não estava deprimida. Era ela mesma*. Mas sua fala vacilante agora parecia patológica, e era acompanhada por uma certa falta de precisão em suas ideias. [...] a desorganização mental de Sonia – dificuldade de planejamento, dificuldade de acompanhar o raciocínio – era pronunciada demais para ficar sem tratamento. [...]. *Recorri à prescrição do Prozac, para tratar temperamento etéreo*.
>
> Sonia mais uma vez reagiu bem e com uma dose bem modesta. *A atenção ficou mais concentrada, e o discurso, mais nítido*.
>
> [...] *Na mente de seu marido, e talvez na minha e na dela própria, o modo habitual de Sonia abordar os problemas e seu discurso confuso não eram mais deliciosas excentricidades, mas uma deficiência biológica*. [...]
>
> Simplesmente *suspeitamos de tônicos para o cérebro normal*. (Ibidem, p.239-40, grifos meus)

Kramer (ibidem, p.54) reconhece, não sem certa surpresa, os efeitos do medicamento na remodelação de características idiossincráticas: "estamos caminhando na direção do que pode ser chamado de 'medicalização de personalidade'". Nessa perspectiva, observa Rose (2013, p.163) que os avanços na psicofarmacologia (em especial, a partir do desenvolvimento do Prozac) transformaram "os modos pelos quais as pessoas são compreendidas, à medida que as características mesmas que pareciam constituir sua individualidade – tais como personalidade ou humor – agora parecem ser suscetíveis de transformação pelo uso de remédios".

Nesse amplo *continuum* que se estende entre o que antes fora considerado estritamente patológico e o que se concebe atualmente como estado excelente de saúde, configura-se o território de intervenções das contemporâneas tecnologias biopolíticas (ibidem, p.66). Entre elas, os psicofármacos repercutem entre essas fronteiras turvas de tratamento, recuperação, manipulação e aprimoramento (idem, 2003, p.58-9; 2013, p.2013 e p.310) – como no emprego do Prozac em Sonia como uma espécie de "esteroides psíquicos" (Kramer, 1994, p.34).

Sob esse enfoque neuromolecular reducionista e para além do patológico, Kramer (ibidem, p.182) propõe o termo "timoléptico" para se referir ao Prozac: "uma substância que age sobre o 'timo', palavra de origem grega para a alma, espírito ou sede das emoções [...]. O termo [...] quase expressa nossa compreensão de que os medicamentos agem sobre os neuro-humores". Nesse sentido, identifica Rose (2013, p.308) que "os remédios psiquiátricos de nova geração, os mais amplamente prescritos [...] não têm tanto a pretensão de 'curar' uma doença específica [...], mas de modificar os modos pelos quais as vicissitudes da vida do receptor são vividas, experimentadas e compreendidas".

Em relação aos possíveis constrangimentos éticos envolvidos na prescrição de psicofármacos em situações não estritamente de morbidade, Kramer (1994, p.248) compreende a solicitação de Prozac por pessoas consideradas normais como o desejo de "uma melhoria legítima, cocaína legalizada ou uma cirurgia plástica neuroquímica". Argumenta ainda que intervenções com objetivo de aprimoramento das condições normais já são parte estabelecida da medicina: farmacoterapia para tratar calvície masculina e acne adolescente comum, reposição hormonal para combater os efeitos habituais da menopausa, além das cirurgias plásticas (ibidem, p.262). Contudo, o que ele não questiona são as demandas e exigências neoliberais – como maiores produtividade, flexibilidade, desempenho e engajamento – que os psicofármacos auxiliam os sujeitos a atender:

> O mundo dos negócios já favorece o ágil em detrimento do frívolo. No campo social, um excesso de timidez pode levar ao isolamento. Estas pressões ambientais deixam opções difíceis a certas pessoas: elas podem sofrer ou podem mudar. Visto desta perspectiva, os timolépticos oferecem às pessoas uma avenida adicional de resposta a imperativos sociais cujas origens nada têm a ver com o progresso da farmacologia. (Ibidem, p.273)

Por fim, em último caso que trago,[18] Kramer nos conta de Tess, uma paciente com uma biografia tocante: filha mais velha de dez irmãos, todos nascidos em um dos bairros mais pobres de Nova York, era órfã de pai e viveu, com os irmãos, parte da infância em abrigos públicos por causa da prostração depressiva da mãe. Foi molestada quando criança, mas ainda conseguiu se manter na escola e conduziu os nove irmãos a empregos e a matrimônios estáveis (ainda que seu próprio casamento não tenha sido bem-sucedido, entre outros motivos, pelo alcoolismo e violência do esposo). Em sua vida profissional, como uma autêntica *self-made woman* do discurso popular estadunidense de autorrealização e sucesso individual, conquistou

18 Os demais relatos trazidos por Kramer (1994) não foram apresentados neste estudo pois repetem e, de certa forma, saturam – lembrando que a ideia de saturação não esgota, necessariamente, a discussão dos casos (Minayo, 2017) – aspectos já tratados nas situações mencionadas, como a psiquiatrização das relações familiares (nos casos Paul, Sally e Lucy), da timidez e da baixa autoestima (casos Paul, Jerry e Sally) e os ganhos na prática profissional decorrentes do consumo do Prozac (casos Jerry, Hillary, Sally, "X", sra. "Prozac" e de uma assistente social não denominada). Ainda que este trabalho não tenha como objetivo o desdobramento do problema de pesquisa a partir do recorte de gênero, devo destacar – em especial, para a continuidade em estudos futuros – a prevalência de casos femininos nas descrições de uso do Prozac por Kramer (dos seis relatos que examino, cinco se referem às experiências de mulheres com o medicamento, e, nos treze casos narrados no livro, nove dizem respeito à utilização e aos efeitos do fármaco em mulheres). Nessa perspectiva, como assinalo no Capítulo 2, Vanilda Oliveira (2015, p.18 e p.103) já indicara alguns dados epidemiológicos que apontam para uma sobrepsiquiatrização das mulheres: são duas vezes mais diagnosticadas com depressão, manifestam sintomas depressivos em idade mais jovem que os homens e, por esses motivos, apresentam mais prejuízos com a cronicidade do transtorno.

"uma reputação de administradora capaz de tirar empresas de dificuldades cuidando de questões de organização e de ânimo dos empregados e alcançou um alto cargo em uma grande corporação" (Kramer, 1994, p.22).

Em uma primeira consulta com Kramer, Tess apresentava quase todos os sintomas e sinas de depressão, absolutamente compreensíveis em razão de suas experiências pessoais, como tristeza, desalento, incapacidade de sentir prazer, sentimento de inutilidade, insônia e perda de apetite. Com a prescrição de imipramina, um dos primeiros antidepressivos (como referido no capítulo anterior), "Tess disse que se sentia consideravelmente mais confortável. Dormia e comia normalmente [...]. 'Estou melhor' – disse-me – 'Sinto-me eu mesma outra vez'. [...] A memória e a capacidade de concentração melhoraram. Recuperou a força vital e a vontade de continuar a viver" (ibidem, p.24).

O que é discutível nesse relato não são as possibilidades, por meio do consumo de psicofármacos, de assistência e amparo emocional (em especial, a um indivíduo com uma história como a de Tess). O que é controvertido é o emprego do Prozac com o objetivo de atender expectativas sociais, principalmente na vida profissional. Sobre esse aspecto, discorre Kramer (ibidem, p.25) que:

> Ela começou a ter problemas no trabalho – não grandes problemas, mas algo que não devia ser menosprezado. O conglomerado para o qual trabalhava pedira-lhe para assumir uma companhia assolada por problemas trabalhistas. Tess sempre tivera alguma dificuldade em situações que requeriam enfrentar firmeza com firmeza, mas contou que nunca se aborrecera tanto no passado com negociações com os sindicatos como desta vez, e começou a tomar como pessoais os ataques que recebia.

Não mera coincidência, essas adversidades de Tess com os sindicatos se deram em um contexto no qual esses e as legislações trabalhistas estavam sendo alvos de governos neoliberais – em especial, nos Estados Unidos e Inglaterra dos anos 1980, como já mencionado

(Dardot; Laval, 2016, p.222-3). Tess estava posicionada, em prol das empresas e companhias empregadoras, no meio de uma política de enfraquecimento da força sindical e de precarização legal do trabalho (na adequação dos empregos e salários à flexibilidade das necessidades de mão de obra, na produção de um modelo de indivíduo que se tornava, com a redução dos direitos de proteção social, o único responsável por sua empregabilidade).

Dessa forma, o caso Tess pode ser também tomado como representativo da entrada do Prozac no alto mundo neoliberal dos negócios (Kramer, 1994, p.35 e p.26-8, grifos meus):

> Prescrevi-o a Tess por motivos inteiramente convencionais: para eliminar de vez sua depressão, para fazê-la retornar ao seu "ego pré-mórbido". Meu objetivo não era transformar Tess, mas restaurá-la. [...]
>
> Duas semanas após começar a tomar Prozac, Tess apareceu no consultório para dizer que já não se sentia exausta. [...].
>
> Parecia diferente, ao mesmo tempo relaxada e cheia de energia [...]. [...]
>
> *O trabalho de Tess também tornou-se mais satisfatório.* [...] Disse que o remédio lhe dera segurança de julgamento, já não se torturava em saber se estava sendo severa ou complacente demais. [...]. "*Ele me torna confiante*" – disse Tess [...]. O estilo administrativo de Tess mudou. *Tornou-se menos conciliatória, mais firme, sem medo de confronto.* Quando a companhia resolveu suas dificuldades, *Tess recebeu um aumento substancial de salário, uma prova de que outras pessoas haviam notado sua nova eficácia.*

Mais uma vez, o consumo do Prozac participou diretamente da valorização de atributos de capital humano (no desembaraço social, na capacidade de comando, no brilho intelectual), gerando diretamente um acréscimo aos rendimentos do indivíduo. Ganhos em capital humano observados por Kramer (ibidem, p.258 e p.264, grifos meus) também em mais pacientes que utilizaram o psicofármaco: "o Prozac [...] dá coragem às pessoas e permite que escolham

empreendimentos da vida normalmente arriscados", tem o poder de "liberar as pessoas para *apreciarem atividades que são sociais e produtivas* [...], *aumenta a autonomia pessoal*".

Novas dificuldades com sindicatos fizeram Tess procurar novamente o psiquiatra e o Prozac:

> Após cerca de oito meses sem medicação, Tess disse-me que estava começando a derrapar. "Já não sou a mesma" – disse.
>
> *Novas negociações com os sindicatos estavam em andamento* e ela achava que precisava da sensação de estabilidade, da invulnerabilidade a ataques, que o Prozac lhe proporcionava. [...].
>
> Tess respondeu novamente como esperava que respondesse, com *a confiança renovada, autoafirmação* e conforto social. (Ibidem, p.29-30, grifos meus)

Nessa descrição, a solicitação de auxílio psiquiátrico por Tess está intimamente relacionada à administração e gerenciamento de sua performance, numa tentativa de remodelação de si em conformação às demandas profissionais (Rose, 2013, p.310). Para esse sujeito enredado na lógica de responsabilização individual pelo próprio sucesso, o Prozac se destaca como tecnologia de si que "não visa apenas à adaptação e à integração, ela visa à intensificação do desempenho" (Dardot; Laval, 2016, p.353).

Todos os relatos de emprego do Prozac em Kramer aqui examinados se referem a indivíduos que já possuíam certa realização pessoal-profissional e que, ao experimentarem problemas em suas performances e/ou dificuldades na manutenção ou ampliação de atributos de seu capital humano, recorreram à psiquiatria e ao medicamento. Como menciono na introdução do trabalho e deste capítulo, analiso um dos registros contemporâneos de consumo de psicofármacos: a participação desses medicamentos na produção e no governo de condutas próximas aos imperativos discursivos neoliberais. Esse registro investigado não exclui, de forma alguma, a utilização ainda desses medicamentos com outras finalidades e objetivos –por exemplo, lenitivo às agruras existências comuns tal qual o

álcool: "e a gente vai tomando que também, sem a cachaça, ninguém segura esse rojão" (Meu caro amigo, 1976).

Enfim, nesses relatos de Kramer manifesta-se também a consolidação clínica dessa psiquiatria de perspectiva neurobiológica, redutora dos comportamentos e ações humanas às transmissões neuromoleculares: "As respostas positivas as drogas dão provas difíceis de ignorar sobre certas opiniões – relativas à influência da biologia na personalidade, no *desempenho intelectual* e *no sucesso social*" (Kramer, 1994, p.36-7, grifos meus); "Se você pode alterar a serotonina e a norepinefrina, deve ser capaz, meramente por virtude desta mudança no meio interno biológico, de *produzir um indivíduo mais socialmente confortável*" (ibidem, p.182, grifos meus).

Por último, nos casos descritos por Kramer, o emprego do Prozac desponta como mais uma tecnologia vital (e não apenas de saúde) (Rose, 2011), com resultados que reverberam nas dimensões familiar e profissional da vida. Nesses domínios da existência, o psicofármaco mais uma vez, tal qual nos enunciados e casos dos manuais e periódicos anteriormente examinados, auxilia na conformação e modulação do indivíduo ao modelo subjetivo neoliberal. Nos relatos analisados, o Prozac propicia tanto a possibilidade de recuperação, manutenção e/ou incremento de capital humano (nas características de eficiência, agilidade, concentração, confiança, desembaraço social etc.), quanto uma espécie de suporte psíquico aos reveses intrínsecos à atual lógica concorrencial (Dardot; Laval, 2016, p.363). Por tais efeitos, o ele funciona ainda como recurso de (re)inserção do indivíduo nos circuitos a céu aberto da vida social (em especial, nas atividades profissionais) (Ehrenberg, 2010, p.143; Rose, 2013, p.291).

Estamira e os frágeis limiares heterotópicos de resistência à psiquiatria

Na contramão de qualquer preocupação neoliberal sobre seus atributos de capital humano, desponta a experiência singular de Estamira. No documentário homônimo, dirigido por Marcos Prado

e lançado em 2006, narra-se a história dessa mulher, então com 63 anos, catadora de lixo, tachada como portadora de transtornos mentais, que vive e trabalha há mais de vinte anos no Aterro Sanitário de Jardim Gramacho, em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. A partir de uma série de incursões no aterro desde 1994, das quais surgiu o ensaio fotográfico *Jardim Gramacho* (Prado, 2004), o diretor conta que, em 2000, encontrou, conheceu e fotografou Estamira: "Um dia, tempos depois de conhecê-la, ela me perguntou se eu sabia qual era a minha missão. Antes que eu respondesse, Estamira disse: 'a sua missão é revelar a minha missão'" (ibidem, p.9).

Estamira é aqui abordada na segunda acepção de caso – como singularidade subjetiva da diferença, como referido no início do capítulo –, na qual busco "restituir-lhe uma positividade que lhe é própria" (Revel, 2004, p.80). Em relação ao documentário *Estamira*, procuro compreendê-lo também a partir de algumas considerações de Foucault. Em *A vida dos homens infames*, Foucault (2006j) analisa fragmentos de arquivos de finais do século XVII e início do XVIII referentes às pequenas infâmias cometidas por indivíduos de pouca importância em suas modestas vidas (blasfemos de pequena relevância, errantes, desocupados, homossexuais, alcoólatras etc.). Por causa de petições ao rei (por parte de familiares, do pároco local, de vizinhos etc.), esses insignificantes desvios e infâmias foram alvos de intervenções de poder e de registros em arquivos. O poder que tombou sobre essas existências produziu efeitos paradoxais: por um lado, por meio dessas poucas frases sobre elas lançadas, foram condenadas (ao internamento, ao calabouço, à morte); por outro, tais vidas sobreviveram por séculos graças aos rastros escritos, ainda que breves e obscuros, legados justamente por esse contato com o poder.

De maneira análoga, busco compreender o documentário produzido sobre Estamira também como resultado de uma intervenção de poder que, embora com efeitos distintos aos casos citados por Foucault (2006j), permitiu igualmente o registro de sua pequena infâmia. Nesse sentido, a produção do filme documental envolve procedimentos de poder como a perspectiva e o enquadramento de câmera do diretor – "não podemos garantir que o que vemos seja

exatamente o que teríamos visto se estivéssemos presentes ao lado da câmera" (Nichols, 2008, p.19) –, a edição com cortes, seleção e montagem das cenas (Bazin, 1983) e a construção de uma impressão de autenticidade naquilo que é reproduzido (Nichols, 2008).

Apesar de todas as operações de poder intrínsecas à produção cinematográfica e que atravessam as falas e o corpo de Estamira, o documentário ainda lhe permite veicular sua fala, seu grito e sua experiência e, dessa forma, transmitir sua potência de resistência e transgressão. *Estamira* traz à tona "uma luta singular, um confronto, uma relação de poder, uma batalha de discursos e através de discursos" (Foucault, 2013b, p.13). Nesse sentido, com base na concepção de genealogia de Foucault (1999a, p.82), entendo *Estamira* como documentário de inspiração genealógica, visto que possibilita a emergência e a veiculação dos discursos sujeitados, das existências que se insurgem contra certas disposições de poder da psiquiatria.

Dessa forma, considerando que o documentário (a despeito de todas as intervenções de poder) permite a Estamira dizer o que é por si (não a deixando aprisionada apenas ao discurso do conhecimento médico-psiquiátrico), procuro analisar o conteúdo do filme, as falas de Estamira, as suas condições de existência no lixão (que, em parte, ela teria construído em sua tentativa de resistência ao governo psiquiátrico da sua existência).

"Vocês é comum. Eu não sou comum"

O documentário aborda passagens da existência cotidiana de Estamira entre 2000 e 2004 – período contemporâneo à implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Fonte, 2013). As primeiras cenas do documentário, em preto e branco e acompanhadas de uma música em tom lamurioso, apresenta a área externa de um simples barraco, coberto de telhas de zinco e com paredes de papelão e lona. Ao seu redor, perambulam cachorros. Ao longo de outras passagens, o documentário retrata o interior dessa morada: garrafas vazias jogadas ao chão de terra batida, uma faca sem cabo, utensílios

domésticos enferrujados, um enfeite em forma de lua pendente do teto, um boneco do Batman também como adorno, uma camisa do Flamengo pendurada na parede e um livro religioso, *O reino de Deus, nosso iminente governo mundial*. Aqui reside Estamira, nesse barraco por ela construído a partir do que retirava do lixão em que trabalha há cerca de duas décadas: "Não caguei essa casa, não. Não foi cagada, não. Foi trabalhado, suado! Dia e noite e no sol e na lama" (Estamira, 2006).

A história dessa personagem – mulher, negra, miserável, dada como portadora de transtornos psíquicos, idosa – nos é então apresentada ao longo do filme. As toneladas de lixo que se vê chegar diariamente ao aterro correspondem ao peso das violências que tombaram sobre Estamira, narradas por ela e por seus três filhos (Hernani, Carolina e Maria Rita): órfã de pai aos 2 anos, a mãe também portadora de transtornos mentais – "Coitada da minha mãe. Mais perturbada do que eu. Bem, eu sou perturbada, mas lúcida e sei distinguir a perturbação. Entendeu como é que é? E a coitada da minha mãe não conseguia. Mas também pudera, eu sou Estamira!" –, abusada sexualmente na infância, prostituída na pré-adolescência, traída duas vezes pelos maridos, vítima de violência doméstica, viveu na rua, estuprada, separada de uma filha contra a sua vontade, estuprada novamente.

> Lamentavelmente, o pai da minha mãe é famílias de Ribeiro. Tudo polícia, tudo general, tudo não sei o quê, né? Ele é estrupador.[19] Ele estrupou a minha mãe. E fez coisa comigo. [...] É, e quando eu tinha 9 anos, eu pedi a ele pra comprar uma sandália pra mim... pra mim ir na festa que eu queria a sandália. Ele falou que só comprava se eu deitasse com ele. É, eu não gosto do pai da minha mãe, porque ele me pegou com 12 anos e me trouxe pra Goiás Velho. E... lá era um... era um bordel. É... Era um bordel, sabe, e eu prostituí lá. Era

19 Na transcrição, mantive as falas de Estamira na forma como foram enunciadas. Alterar sua fala seria submetê-la aos enquadramentos de linguagem e de compreensão da, assim denominada, norma culta da gramática.

> da filha dele. Aí, o pai do Hernani, ele me conheceu lá... aonde meu avô me deixou, lá no bordel... aí, eu já tinha 17 anos. E gostou demais de mim e deu no meu pé e arrumou uma casa e pôs eu dentro da casa. Mas o pai do Hernani, ele era muito cheio de mulher. Eu peguei e não aguentei. Larguei tudo dentro da casa e só apanhei o menino. Apanhei o menino e vim embora pra Brasília. Eu tava lá na casa da tia, lá em Brasília e apareceu o pai da Carolina lá, o italiano, e levou eu na casa dele. Aí deu certo e, depois, nós foi morar junto. E ele também é cheio de mulher. Eu vivi com ele 12 anos.

Estamira e seus companheiros do lixão, como os modestos infames do final do século XVII, "pertencem a esses milhares de existências destinadas a passar sem deixar rastro" (Foucault, 2006j, p.207). No entanto, do que seria apenas fragilidade e impotência em Estamira (sua condição precária, seu suposto transtorno psíquico, seu sofrimento) emerge uma força: "ao poder sobre a vida responde a potência da vida" (Pelbart, 2007, p.58). Essa biopotência de Estamira faz com que ela não seja somente, de maneira passiva, o resíduo das relações de poder. Com uma incrível acuidade, Estamira constitui uma subjetividade que ativamente busca se subtrair às intervenções de governo psiquiátrico de suas condutas, praticando, de certa forma, uma micropolítica de resistências (e potencialmente desestabilizadora) em relação às formas dominantes de subjetivação (Preciado, 2018b, p.12).

Sua potência de vida é marcadamente notável na forma provocativa de dizer, de enunciar e nas palavras que profere: "fala descosturada, profética, poética, política, mística, metralhada" (Pelbart, 2013, p.4). Uma fala disparatada, recheada de neologismos, metáforas, devaneios que desafiam as nossas formas gramaticais de compreensão.

> Trocadilo safado, canalha, assaltante de poder, manjado, desmascarado! Me trata como eu trato, que eu trato; me trata como o teu trato que eu te devolvo o teu trato. E faço questão de devolver em triplo. Onde já se viu uma coisa dessa? A pessoa não pode andar

> nem na rua onde mora, nem trabalhar dentro de casa e nem trabalho nenhum, em lugar nenhum. Onde o senhor já se viu? Que Deus é esse? Que Jesus é esse, que só fala em guerra e não sei o quê? Não é ele que é o próprio trocadilo? Só para otários, pra esperto ao contrário, abobado, bestalhado.

O "trocadilo", esse neologismo criado por Estamira, parece corresponder a uma espécie de entidade superior e maligna, responsável pelas coisas erradas do mundo, pela confusão na vida dos homens: "O trocadilo amaldiçoado, excomungado, hipócrita, safado, canalha, indigno, incompetente, sabe o que ele fez? Menti pros homem, seduz os homem, cega os homem. É, seduz os homem, enfeitiça os homem, depois joga no abismo!". Em outras falas, Estamira aparenta se referir a Deus ao usar esse termo: "Eu, hein, que Deus é esse? Deus estrupador, Deus traidor! Trocadilo que não respeita mãe, que não respeita pai? Eu, hein?".

Nessa linguagem fora de qualquer norma e na existência de Estamira há um toque quase parresiástico,[20] que faz recordar os cínicos do período helenístico: uma fala provocadora, "Que Bíblia? Papel aceita até levar no banheiro. Papel é indefeso!"; um comportamento socialmente escandaloso e chocante – como na cena em que ela abaixa as vestes e aponta para o ventre indicando ao neto quem criou a mãe dele: "Não foi Deus que pariu sua mãe, não! Foi eu! Foi eu que pari! Aqui, ó! Aqui ó!"; uma existência errante, despojada e sem dissimulações que lhe permite enunciar a sua verdade apesar dos riscos de incompreensão e descontentamento: "A minha missão é revelar, seja lá a quem for, doa a quem doer. A verdade é nua e crua. Ninguém errado gosta da verdade. E eu via verdade. Eu faço o máximo

---

20 A noção de *parrhesia* da antiguidade grega pode ser traduzida como a fala franca, a coragem de enunciar a verdade em uma situação de risco. Foucault (2013d; 2017) analisa, em seus trabalhos dos anos 1980, os empregos e as práticas de *parrhesia* no mundo greco-romano (a passagem de uma *parrhesia* política para uma *parrhesia* ética). Sobre as aproximações entre Estamira e a prática parresiástica cínica pode se conferir o trabalho de Mansanera (2015).

para não machucar quem quer que seja. Agora, se quem quer que seja sente-se machucado é porque está errado".

"A única sorte que eu tive foi conhecer o Sr. Jardim Gramacho, o lixão"

Muitas passagens do documentário possuem, como cenário, o lixão de Jardim Gramacho, espaço de trabalho e convívio de Estamira. Localizado no município de Duque de Caxias e às margens da Baía de Guanabara, o aterro foi fechado em 2012 após mais de três décadas em operação. Esse lixão chegou a ser considerado o maior aterro da América Latina quando recebia, em média, mais de 7 mil toneladas de detritos por dia provenientes da cidade do Rio de Janeiro e contava com cerca de 1.600 catadores disputando o lixo (Martín, 2017). No filme, há vários enquadramentos em que figuram as condições do lixão: montanhas de entulho e de sujeira; caminhões descarregando mais lixos; urubus pairando; poças de chorume; vários trabalhadores do local em vestes maltrapilhas garimpando, com as próprias mãos, nos amontoados de refugos.

"Eu não gosto de falar lixo, não, né? Mas vamos falar lixo. É cisco, né? É caldinho disso. É fruta, é carne, é plástico fino, é plástico grosso... É não sei o que lá mais... E aí vai azedando, é laranja, é isso tudo... [...] E aí, imprensa, azeda, fica tudo danado e faz a pressão também. E aí vem o sol e esquenta e mais o fogo de baixo..." A potência de vida em Estamira também permite que ela ressignifique esse lugar. Não somente como espaço para o lixo, mas, aos olhos de Estamira, o aterro se configura como local de "transbordo", "Você sabe o que é um transbordo? Bem, toda coisa que enche, transborda!", uma área que recebe os "descuidos":

> Isso aqui é um depósito dos restos. Às vezes, é só resto. E às vezes, vem também descuido. Resto e descuido... Quem revelou o homem como único condicional, ensinou ele a conservar as coisas. E conservar as coisa, é proteger, lavar, limpar e usar mais o quanto

> pode. Você tem sua camisa. Você está vestido, você está suado... Você não vai tirar sua camisa e jogar fora. Você não pode fazer isso. [...] O trocadilo fez duma tal maneira que quanto menos as pessoas têm, mais menosprezam, mais elas jogam fora. Quando menos eles têm.

Do aterro de Jardim Gramacho, além de construir também sua morada, Estamira retira, do lixo, o seu luxo:

> Descarregaram uma coisa muito importante aqui... Que é o de comer... Enlatados, conservas... Amanhã, por causa disso, eu vou preparar uma bela macarronada, entendeu? Macarrão eu já tenho. Deixa eu ver o que é isso. Agora no momento eu não sei nem o nome desse aqui. Mas é conserva. É preparado lá fora. E boa, sabe? Aqui, ó... [...] Palmito. Veio uma carga boa. Olha, tá vendo? Eu ponho no molho do macarrão também, tá vendo? E às vezes fica até melhor do que lá no restaurante. Pra quem sabe preparar, né?

Dessa forma, o lixão é, para Estamira, um espaço heterotópico. Foucault (2013c) concebe as heterotopias como contraespaços: os espaços sociais das diferenças, dos desvios e das multiplicidades. As heterotopias são os lugares nos quais as incompatibilidades se justapõem: dos restos, Estamira produz o luxo; do repugnante, ela faz emergir sua potência fascinante. Do seu amado lixão, "Sr. Cisco Montouro", ela constitui o seu espaço terapêutico, como atesta sua filha mais velha, Carolina: "Depois que ela foi para o lixão lá de Caxias [...], ela melhorou muito, assim, em relação aos distúrbios. Às vezes ela fala certas coisas que parecem até, assim, verdade... Que você fica, que te deixa balançado". Do aterro como heterotopia, espaço essencialmente de contestação de todos os outros espaços, Estamira cria "uma ilusão que denuncia todo o resto da realidade como ilusão" (Foucault, 2013c, p.28). Do lixão, uma das bordas da atual existência neoliberal, Estamira constitui seu espaço heterotópico de resistência contra as formas de sujeição de um governo psiquiátrico de sua existência.

"Se eu beber diazepam... se eu sou louca, visivelmente, naturalmente, eu fico mais louca"

A despeito do tom um tanto absoluto em sua fala ("Não vou ceder o meu ser a nada"), é principalmente contra a psiquiatria, quando estabelecida no lixão, como espaço heterotópico (Foucault, 2013c), que Estamira se mostra em uma posição de resistência mais articulada, com similaridades até mesmo à uma atitude crítica (idem, 1990). Paradoxalmente, essa mulher rotulada de louca e diagnosticada como esquizofrênica, parece apresentar maior lucidez na crítica ao governo psiquiátrico de sua existência.

Estamira se submete a certas determinações do governo psiquiátrico de sua existência: há cenas nas quais ela frequenta um Caps; onde fala a respeito do uso de medicações; em que apresenta disartria ("língua enrolada") e tremores pelos efeitos colaterais de medicamentos – "E eles tudo é dopante, esses remédio. Eu acho que é por isso que eu tô com a língua assim"; quando lê, com dificuldades, o atestado do seu diagnóstico conferido pelo saber psiquiátrico – "Atesto que Estamira Gomes de Souza... portadora de quadro... é... psicótico de evolução... crônica... alucinações... auditivas... ideias de... influências... discurso místico... deverá permanecer em tratamento psiquiátrico...".

No entanto, apesar dessas sujeições a algumas das práticas médico-psiquiátricas, Estamira também resiste; por exemplo, numa intervenção psiquiátrica mobilizada por sua família (como instituição disciplinadora do indivíduo e identificadora de sujeitos psiquiatrizáveis). Em uma passagem do documentário, há o relato de uma tentativa, pelo filho e pelo ex-marido, de internação de Estamira. Mas ela se insurgiu de forma violenta, como conta o filho:

> Seu Leopoldo, o falecido Leopoldo Fontanive, né? Meu pai de criação. Ele não deu dinheiro nenhum pra ajudar minha mãe, não. Então aí eu fiquei ligando a semana toda pra esses hospital, né?... Que trata da cabeça das pessoas, vê se tinha vaga pra poder internar ela, eu tinha combinado com ele assim. Aí fui no hospital

> lá de Caxias... Fui primeiro com o velho, né? Fui no carro dele. Aí consegui uma ambulância. Aí fomos pra lá pro lixão. Aí, chegou lá, até os bombeiros estavam com medo de encostar a mão nela, porque ela queria morder e tudo, começou a gritar nome de entidades de macumba, né? E daquele jeito, chega espumando, né... parecendo bicho mesmo.

Diante das negativas dos hospícios em interná-la, Estamira comenta a atitude do filho, em tom de deboche: "E aquele meu filho ficou contaminado pela terra suja, pelo baixo nível, pelo insignificante, parecendo um palhaço lá, lá dentro do hospital! A coisa mais ridícula!".

Nas críticas ao uso de psicofármacos, Estamira apresenta uma resistência mais lúcida, com argumentos até mesmo mais articulados e coerentes. Nesse sentido, por exemplo, ela questiona o saber psiquiátrico e a atuação da psiquiatra que lhe atende no Caps:

> A doutora passou remédio pra raiva. [Risos]. [...] Presta atenção nisso. Olha, e ainda mais, eu conheço médico, médico, médico, médico mesmo! Direito, entendeu? Ela é copiadora. Eu sou amigo dela. Eu gosto dela, eu quero bem a ela. Quero bem a todos, mas ela é a copiadora. Eles estão, sabe, fazendo o quê? Dopando, quem quer que seja... com um só remédio!

Estamira traz, nessa fala, uma crítica ao conhecimento científico, construído e reproduzido nas escolas e na academia: "Vocês não aprendem na escola, vocês copiam. Vocês aprendem é com as ocorrências. Eu tenho neto com 2 anos que já sabe disso. Tem de 2 anos que ainda não foi na escola copiar hipocrisias e mentiras charlatais". Daí, aos seus olhos, os profissionais de saúde serem meros copiadores e repetidores de um conhecimento, prescrevendo – de maneira indiscriminada – o mesmo medicamento para todos: "O tal do diazepam... Não, eles vai lá...só copeia. Uma conversinha qualquer e só copeia e tome...!". De certa maneira, essas censuras de Estamira – como manifestações da verdade do sujeito psiquiatrizado – podem ser situadas até mesmo numa posição circunjacente

a algumas das forças antipsiquiátricas radicais: "uma oposição aos efeitos de poder relacionados ao saber, à competência e à qualificação: lutas contra os privilégios do saber" (Foucault, 1995, p.235).

Os questionamentos de Estamira dizem respeito também à finalidade, ao seu ver, do uso dos medicamentos:

> Fica se viciando... Fica dopando, vadiano... Pra terra suja maldita, excomungada, desgraçada... Mais ainda, que que é? Manjado, desmascarado, desgraçado! Porra! Aí, ó, tudo quanto é remédio que ela passou pra mim eu bebi. As quantia, os limite. Toda coisa tem limite! Esses remédio são da quadrilha... da armação... do dopante, pra cegar os home... pra querer Deus... Deus farsário! Entendeu? Esses remédio são dopante pra querer Deus farsário, entendeu?

O que poderia assemelhar-se a um mero delírio (remédios prescritos por uma quadrilha para os homens buscarem e aceitarem Deus!) aproxima-se, de certo modo, às considerações de Foucault (2006a) sobre o uso de medicamentos no interior dos hospitais psiquiátricos ao longo do século XIX. De acordo com ele, como visto no primeiro capítulo, a utilização de substâncias com efeitos psíquicos não possuía funções terapêuticas. Funcionava, na realidade, como instrumento disciplinar, como mecanismo de sujeição do indivíduo à ordem do hospício: "prolongar até o interior do corpo do doente o sistema do regime asilar, o regime da disciplina; era garantir a calma que era prescrita no interior do asilo, era prolongá-la até o interior do corpo do doente" (ibidem, p.226). Nesse sentido, Estamira parece compreender a utilização de medicamentos psiquiátricos como forma de assegurar um assujeitamento dócil, agora à céu aberto, às intervenções de governo (seja médico, seja familiar, por exemplo) associado a uma perda substancial de autogoverno (como quando reclama de um dos efeitos do uso de medicações: "Desgovernada. Eu tô desgovernada. Sabe o que é uma pessoa desgovernada? Uma pessoa nervosa assim, querendo falar sem poder... agoniada. E eu não sei o que eu faço. Eu já tive pensando em parar um ano sem beber o remédio").

Enfim, apesar de se submeter a algumas práticas psiquiátricas, Estamira busca resistir, ainda que de maneira frágil em muitas situações, à psiquiatria e, em especial, aos psicofármacos. Nesse sentido, suas posturas de rechaço e de indocilidade (mesmo com seus desvarios) às tecnologias contemporâneas da psiquiatria se assemelham, como objeções imediatas e diretas aos mecanismos de poder-saber (Foucault, 1995, p.234), à manifestação de resistência do pequeno Béasse, o menino de 13 anos destacado por Foucault (1987, p.254-5) do jornalismo policial de 1840, que se colocara de maneira irreverente e desdenhosa contra o juiz que o condenara a correção por vadiagem. Por fim, Estamira pode ser situada até mesmo em uma posição limítrofe à atitude crítica tal como analisada por Foucault (1990, p.5): ao não querer e não aceitar ser governada de determinada forma, ao não aceitar como discurso verdadeiro somente porque algo foi proferido por uma autoridade, ao praticar uma espécie de inservidão voluntária.

"Se eu me desencarnar, eu tenho a impressão de que eu serei muito feliz"

Em 2011, cinco anos após o lançamento do documentário, Estamira, aos 70 anos, faleceu em um hospital público, vítima de uma infecção generalizada ocasionada por um ferimento no braço, após esperar por atendimento médico por mais de cinco horas (Vaz, 2011). No interior da atual biopolítica, Estamira foi, literalmente, deixada morrer. Uma fala de Estamira, perenizada pelo documentário, possa talvez nos dar algum conforto: "visivelmente, naturalmente, se eu me desencarnar, eu tenho a impressão de que eu serei muito feliz".

Não obstante os limites trazidos pelas operações de poder inerentes à produção cinematográfica e o muito de potência de vida em Estamira que transborda e escapa a este trabalho, procurei averiguar, por meio do seu relato exposto no documentário, as possibilidades contemporâneas de resistência à psiquiatria e aos psicofármacos.

E é no lixão, compreendido como espaço heterotópico, que Estamira produz – paradoxalmente, visto o seu diagnóstico de psicótica – uma experiência de contestação às práticas atuais da psiquiatria. Experiência de resistência que se realiza com fragilidades: apesar de alguma sujeição, ainda que em precárias condições materiais, trilhando um tênue limiar entre assujeitar-se e insurgir-se.

Enfim, Estamira manifesta uma singularidade absoluta, sem dúvidas, mas também uma existência real dentre as constelações de resistências cotidianas, micropolíticas e imediatas. Disposta entre essas relações agonísticas de poder e liberdade, nos jogos discursivos de provocações permanentes, Estamira se posiciona contra as formas prevalentes de sujeição – em especial, contra um governo psiquiátrico de individualização por meio de um diagnóstico rotulador e hierarquicamente estabelecido por uma autoridade de saber. Numa prática de "subjetivação dissidente" (Preciado, 2018b, p.16), Estamira procura sustentar seu mal-estar no mundo, tentando extraviá-lo da condição de "sintoma que deve ser diagnosticado de acordo com um manual de doenças mentais, tratado com medicamento e, finalmente, soterrado em favor da reprodução da norma" (ibidem, p.17).

Dessa forma, algo potencialmente em comum que pode ser traçado dessa experiência singular de Estamira talvez esteja na continuidade das apostas e das atenções às heterotopias, como possibilidades de novos devires resistentes e, quem sabe, insurgentes. Por mais frágeis e precárias que sejam as condições de vida nelas situadas, são espaços não completamente tomados pela global racionalidade neoliberal e que, por isso, possibilitam a constituição de "subjetividades da diferença, ou seja, existências irredutíveis à linearidade e à normatividade da ordem estabelecida" (Revel, 2004, p.84).

***

Neste capítulo, a partir da análise de enunciados e casos presentes no próprio discurso psiquiátrico, procurei descrever como, com a consolidação dessa psiquiatria de orientação neurobiológica ao

final do século XX, um dos registros de uso sob orientação médica[21] dos psicofármacos (com destaque para o Prozac) se configura como dispositivo tático de uma governamentalidade biopolítica *neuro*molecular. Como uma tecnologia de governo de si, os atuais psicofármacos impactam na produção, incitação e conformação de condutas afinadas aos imperativos neoliberais contemporâneos – na eficácia, no desembaraço social, na flexibilidade e no desempenho maximizado, por exemplo (Dardot; Laval, 2016, p.330, p.356 e p.367). Como expediente biopolítico que visa fazer viver mais e melhor, não se trata de realizar, por meio dos psicofármacos contemporâneos, uma "exclusão do não normalizável" (Foucault, 2008b, p.354) ou de "normalizar um depravado" (Rose, 2013, p.291) como na psiquiatria do século XIX. São as pequenas falhas, os menores desvios de comportamento, os mínimos desequilíbrios nas atitudes de cada sujeito, como eventuais ameaças de redução da performance e da eficiência, que se tornaram potenciais alvos desses medicamentos e dessa psiquiatria contemporâneos.

Por conseguinte, esses discursos sobre os medicamentos psiquiátricos e seus efeitos integram, como elementos táticos, as estratégias contemporâneas de (auto)governo neoliberal das condutas. Nessa perspectiva, a objetivação psiquiátrica do sujeito como *self* neuroquímico (idem, 2003; 2013) se evidencia como interface subjetiva-corporal aberta à manipulação e à modelação, por meio do consumo massivo de psicofármacos para além do binarismo saúde-doença, em razão da produção desse sujeito neoliberal (Dardot; Laval, 2016).

A partir de uma análise do documentário *Estamira* (2006), busquei também descrever, do relato dessa subjetividade particular, alguns contornos e traços de resistência à psiquiatria contemporânea e, particularmente, aos psicofármacos. Resistência que se realiza com fragilidades: apesar de sujeições, em precárias condições materiais, trilhando um tênue limiar entre assujeitar-se e se opor-se. Em

21 Alguns dos apontamentos sobre o uso autônomo de psicofármacos em geral (Le Breton, 2003; Ehrenberg, 2010) demonstraram ser passíveis também de aplicação aos relatos de consumo do Prozac sob orientação médica (Kramer, 1994).

especial, reconhecendo ainda que talvez a singularidade de Estamira não traga repercussões diretas em relação às ações coletivas na cena pública ou no que diz respeito à reelaboração de novas normatividades político-subjetivas, sua experiência heterotópica pode ser situada num umbral que possibilita a imaginação de "estratégias coletivas de fuga e de transfiguração" (Preciado, 2018b, p.17), que permite vislumbrar outra economia da psique, não totalmente tomada de assalto pela atual racionalidade neoliberal.

Considerações finais

> *[...] no domínio da psiquiatria, parece-me interessante saber como se instaurou o saber psiquiátrico, a instituição psiquiátrica no início do século XIX, ver como tudo isso foi engajado no interior de uma série de relações econômicas, ou pelo menos útil, se quisermos agora lutar contra todas as instâncias de normalização.*
>
> (Foucault, 2013a, p.149)

Neste trabalho, objetivei analisar os efeitos político-subjetivos referentes ao atual emprego de psicofármacos apresentados no discurso da psiquiatria contemporânea.[1] Para alcançar esse propósito, tomei

---

1 Um adendo importante deve ser realizado: a pandemia do Covid-19 que eclodiu no início de 2020 e ainda atravessa o mundo – atingindo a nós, brasileiros nesse primeiro trimestre de 2021, de forma ainda mais trágica em razão da acefalia política na condução federal de táticas de prevenção, combate e assistência – altera drasticamente as "condições de temperatura e pressão" do objeto deste trabalho (as repercussões político-subjetivas intrínsecas à utilização de psicofármacos). Alguns estudos já realizados apontam tanto para o aumento de experiências de sofrimentos psíquicos (decorrentes do isolamento social, dos receios em relação as impossibilidades de resguardo, dos medos de infecção e do assustador número de mortes) passíveis de serem capturadas como transtornos (Duarte et al, 2020; Munk et al, 2020) quanto para a ampliação

inicialmente sob exame a própria psiquiatria moderna desde seu surgimento e consolidação entre fins do século XVIII e início do XIX. Alicerçando-me em Foucault, compreendi a psiquiatria como um dos expedientes de biopoder (tanto disciplinar quanto biopolítico), procurando destacar o desenvolvimento dessa tecnologia de poder-saber-sujeição a partir dos processos modernos de medicalização.

No interior dessa dinâmica, ao mesmo tempo que a psiquiatria oitocentista buscava legitimar-se medicalizando suas práticas e discursos, expandia, fundamentando-se justamente nessa cientificidade médica, sua ação para inúmeros domínios sociais ainda não patologizados (como na medicalização do asilo; na reconfiguração da loucura como saúde mental; na constituição da figura do anormal a partir da psiquiatrização da família, da infância e da justiça penal).

Ao problematizar a psiquiatria como tecnologia médica, não se tratava apenas de abordar um campo moderno de saber. No biopoder, ao se redimensionar o político ao biológico, a medicina despontava como um dos domínios constitutivos tanto dos modelos de (a)normal quanto dos parâmetros discursivos das estratégias modernas de poder.

A partir desse contexto, procurei descrever como um desses micropoderes médico-psiquiátricos, os psicofármacos, afetam politicamente os corpos e participam de processos de objetivação de subjetividades. Numa pequena contribuição ao campo de estudos dessa temática, perscrutei e apresentei, por meio de uma reflexão genealógica, alguns processos ao longo da segunda metade do século XX que findaram na naturalização dos psicofármacos como principal tecnologia da atual psiquiatria extra-asilar (aspecto então ausente nos estudos sociológicos contemporâneos sobre a psiquiatria, como assinalo no Capítulo 2).

Nessa análise do percurso da proveniência e estabelecimento dos medicamentos psiquiátricos, argumento que, nesse processo que culminou também em uma nova medicalização da psiquiatria,

---

do consumo de psicofármacos em geral (em taxas que variam, só no Brasil, em um incremento de 13,8 a 17% no ano de 2020 em relação ao anterior) (Conselho Federal de Fármacia, 2020; Américo, 2021).

desenvolveu-se uma interface psiquiátrica do farmacopoder (Preciado, 2018a) e se constituiu a possibilidade de uma dimensão *neuro*molecular da biopolítica, que antecede historicamente as intervenções da medicina genômica – uma das tecnologias de poder-saber nas quais Rose (2011, p.11-2; 2013, p.17-31) se sustenta para afirmar a emergência de uma biopolítica molecular ao final do século XX.

Explorando enunciados e casos selecionados do discurso da atual psiquiatria neurobiológica, procurei evidenciar como, em um dos registros de uso medicamente prescrito, os psicofármacos (com destaque para o Prozac) se configuram como tecnologia a serviço dessa biopolítica psiquiátrica *neuro*molecular de produção e governo das condutas. Por meio da análise dos relatos de consumo desses medicamentos, delineei como uma modulação neuroquímica dos corpos e dos comportamentos se concretizou, tendo, como um dos resultados, a adequação e modelação dos sujeitos ao atual quadro neoliberal (caracterizado pela ampla concorrência interindividual e pelo empresariamento de si como modelo subjetivo). Permitindo a retomada, manutenção ou aprimoramento de caracteres de capital humano (no desempenho maximizado, na proatividade, no desembaraço social, entre outros elementos), os psicofármacos emergiram como dispositivo tático das atuais estratégias de governamentalidade neoliberal (Foucault, 2008b; Dardot; Lalval, 2016).

Contrastando o consumo contemporâneo dos psicofármacos com o emprego das substâncias "protopsicofármacas" nos panópticos psiquiátricos europeus do século XIX, observa-se que essas operavam apenas como mais um recurso terapêutico-disciplinar (em conjunto com a camisa de força, a ducha fria, o isolamento em cela, a coleira com pontas afiadas) sobre os sujeitos psiquiatrizados. Descreve Foucault (2006a, p.301, grifos meus) que essas substâncias funcionavam como "um instrumento disciplinar evidente, reino da ordem, da calma, *da colocação em silêncio*".

Já os atuais fármacos psiquiátricos participam de uma nova biopolítica, *neuro*molecular e à céu aberto, na qual os sujeitos são instados – no campo de suas liberdades individuais e numa conjuntura de progressiva desobrigação do Estado em garantir o direito individual à saúde tal

como registrado no regime somatocrático dos *welfare states* (Rose, 2013, p.98) – a empregarem e desejarem esses medicamentos em razão da otimização de suas capacidades vitais e performances profissionais.

Trata-se, assim, da passagem de uma biopolítica oitocentista que, situada num contexto de antagonismos entre raças ou classes, preocupava-se em "fazer viver" alguns e "deixar morrer" outros (Foucault, 1999a, p.295) para uma nova biopolítica, estabelecida num horizonte de competição interindividual generalizada e que objetiva, em táticas de (re)inclusão dos sujeitos nos circuitos sociais da vida e de reestabelecimento de novos limiares de normatividade orgânica, fazer viver "melhor do que nunca" (Kramer, 1994, p.10).

Nessa nova interface biopolítica, não são mais os monstros morais, onanistas, degenerados, neurastênicos e todas as demais figuras da anormalidade os alvos das intervenções da psiquiatria. Nessa convergência entre os imperativos neoliberais de otimização do desempenho e a crescente psiquiatrização de novos comportamentos pela criação de novos transtornos desde o DSM-III, todos nós, sujeitos "normais" (ou quase), tornamo-nos potencialmente transtornados, iminentemente psiquiatrizáveis em razão de qualquer eventualidade ou ameaça de prejuízos em termos de capital humano.

Todavia, ainda que, desde o prelúdio da modernidade, as tecnologias psiquiátricas venham participando de instâncias de normalização e controle dos sujeitos, uma análise genealógica porta a possibilidade de se demonstrar a contingência e a precariedade do presente (Rose, 2010, p.307). Nessa perspectiva, situando-se nas frestas e fissuras tanto da racionalidade neoliberal contemporânea quanto das práticas e discursos da psiquiatria neurobiológica, Estamira – a despeito de todas as suas fragilidades – vocifera potenciais de outros possíveis. Em suma: é preciso estar atento aos roncos surdos, loucos e transtornados das batalhas![2]

---

2 Parafraseando novamente Foucault (1987, p.277), interrompo aqui este trabalho que poderá me servir como pano de fundo para estudos futuros sobre as resistências e contracondutas coletivas aos psicofármacos, em especial, e à psiquiatria, de maneira geral (como tecnologia e saber biopolíticos contemporâneos).

Referências

AGUIAR, M. Ascensão e consolidação da psiquiatria biológica norte-americana: uma análise histórica. *Mnemosine,* Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.227-57, 2015.

AGUIAR, M.; ORTEGA, F. Psiquiatria Biológica e Psicofarmacologia: a formação de uma rede tecnocientífica. *Physis – Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.889-910, 2017.

ALLGULANDER, C. O que nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada? *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v.29, n.2, p.172-6, 2007.

ALMEIDA, A. *Uma fábrica de loucos*: Psiquiatria X Espiritismo no Brasil (1900-1950). 2007. 232 f. Tese (Doutorado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

ALMEIDA, F. *Heranças Perigosas*: Arqueogenealogia da periculosidade na Legislação Penal Brasileira. 2005. 201 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

ALMEIDA, R. *Psicofarmacologia:* fundamentos práticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALVAREZ, M. Michel Foucault e a Sociologia: aproximações e tensões. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v.20, p.15-33, 2015.

ALVAREZ, M. *Bacharéis, criminologistas e juristas*: saber jurídico e Nova Escola Penal no Brasil. São Paulo: IBCCRIM, 2003.

ALVAREZ, M. *A emergência do Código de Menores de 1927*: uma análise do discurso jurídico e institucional da assistência e proteção aos menores.

1989. 228 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

ALVES, E. et al. Prevalência do uso de psicotrópicos na atenção primária à saúde em um município do interior de Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v.30, n.4, p.61-8, 2020.

AMARANTE, P. *Loucos pela vida*. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMÉRICO, T. Venda de antidepressivos cresce 17% durante pandemia no Brasil. *CNN Brasil*, São Paulo, 23 fev. 2021. Disponível em: < https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/02/23/venda-de-antidepressivos-cresce-17-durante-pandemia-no-brasil>. Acesso em: 20 mar. 2021.

ANDRADE, M. et al. Fobia social em estudantes de medicina submetidos ao método de ensino-aprendizagem baseada em problemas no estado de Sergipe. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.9, n.2, p.16-24, 2019.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5* – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APA – AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-III* – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1989.

ARAÚJO, Á; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. *Jornal de Psicanálise*, São Paulo, n.46, v.85, p.99-116, 2013.

AZEVEDO, J. *Diálogos da alma*: uma outra história de loucura. 2006. 160 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

AZIZE, R. O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. *Trabalho, educação e saúde,* Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.563-74, 2010.

AZIZE, R. A ordem cerebral e as "desordens" do cérebro: uma etnografia da divulgação neurocientífica e da psiquiatria biológica. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, "Desigualdade na diversidade", 26., Porto Seguro, Bahia. *Anais [...],* v.1. Porto Seguro; [s.n.], 2008a.

AZIZE, R. Uma neuro-weltanschauung? Fisicalismo e subjetividade na divulgação de doenças e medicamentos do cérebro. *Mana,* Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.7-30, 2008b.

BARBARINI, T. *A condição da criança hiperativa e desatenta*: um estudo sobre a intervenção psiquiátrica nas formas contemporâneas de inserção social infantil. 2016. 229 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2016.

BARBARINI, T. Sob a tutela do biopoder: crianças com TDAH. *Estudos de Sociologia*, v.19, p.221-38, 2014.

BARBARINI, T. A medicalização da vida e os mecanismos de controle: reflexões sobre o TDAH. *Plural*, São Paulo, v.18, n.1, p.93-116, jun. 2011.

BARBOSA, V.; CAPONI, S.; VERDI, M. Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.27, n.1, p.175-84, jan. 2018.

BARCELLOS, B. Ansiedade social e abuso de propranolol: relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.2, n.4, p.228-30, 2003.

BARROS, A. et al. afastamento do trabalho por depressão em docentes da rede pública. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, n.1, p.6-18, 2019.

BASTOS LIMA, A. et al. Transtorno Afetivo bipolar em idosos. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.2, n.3, p.30-3, 2012.

BAZIN, A. Ontologia da imagem fotográfica. In: XAVIER, I. (org.). *A experiência do cinema*: antologia. Rio de Janeiro: Embrafilme/Edições Graal, 1983, p.121-8.

BECK, U. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; LASH, S. *Modernização reflexiva*: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Editora da Unesp, 1997. p.11-71.

BECKER, H. *Outsiders*: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BELUCHE, R. *O corte da sexualidade*: o ponto de viragem da psiquiatria brasileira no século XIX. 2006. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.

BERRIOS, G. Classificações em psiquiatria: uma história conceitual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.35, n.3, p.113-27, 2008.

BEZERRA JR., B. A psiquiatria e a gestão tecnológica do bem-estar. In. FREIRE FILHO, J. (org.). *Ser feliz hoje*: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p.117-34.

BEZERRA JR., B. Naturalismo como antirreducionismo: notas sobre cérebro, mente e subjetividade. *Cadernos IPUB*, Rio de Janeiro, v.1, p.158-77, 2000.

BIEHL, J. Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo. *Revista de Antropologia*, v.51, n.2, p.413-49, jan. 2008.

BILITARDO, I. et al. Análise do uso de metilfenidato por vestibulandos e graduandos de medicina em uma cidade do estado de São Paulo. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.7, n.6, p.6-13, 2017.

BIO, D.; SOUZA, É.; MORENO, R. Remissão sintomática e qualidade de vida em pacientes com depressão maior tratados com antidepressivo: um estudo prospectivo. *Aletheia*, Canoas (RS), n.34, p.151-62, abr. 2011.

BIRMAN, J. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. *Ágora*, Rio de Janeiro, v.17, n. especial, p.23-37, ago. 2014.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p.41-72.

BITTENCOURT, S.; CAPONI, S.; MALUF, S. Medicamentos antidepressivos: inserção na prática biomédica (1941 a 2006) a partir da divulgação em um livro-texto de farmacologia. *Mana*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.219-47, 2013.

BORGES, J. L. O idioma analítico de John Wilkins. In: BORGES, J. L. *Outras inquisições*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. p.121-6.

BORGES, T.; HEGADOREN, K.; MIASSO, A. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.38, n.3, p.195-201, 2015.

BRANCO, G. Michel Foucault e a antipsiquiatria. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. Florianópolis, v.3, n.6, p.1-15, mar. 2012.

BRANT, L.; CARVALHO, T. Metilfenidato: medicamento *gadget* da contemporaneidade. *Interface*, Botucatu, v.16, n.42, p.623-36, set. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*: Rename 2020. Brasília, 2019. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamemtos_rename_2020.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2020.

BRASIL é o país mais ansioso do mundo segundo a OMS. *Revista EXAME*, São Paulo, 05 de jun. 2019. Seção Ciência. Disponível em: <https://exame.com/ciencia/brasil-e-o-pais-mais-ansioso-do-mundo-segundo-a-oms/>. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental* (Cadernos de Atenção Básica n.34). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2017.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*, Brasília, 9 abr. 2001.

BRASILEIROS gastaram mais de R$ 290 milhões na compra de calmantes entre 2007 e 2010. *Zero Hora,* Porto Alegre, 20 jan. 2012. Disponível em: https://gauchazh.clicrbs.com.br/comportamento/noticia/2012/01/brasileiros-gastaram-mais-de-r-290-milhoes-na-compra-de-calmantes-entre-2007-e-2010-3637595.html. Acesso em: 20 maio 2020.

BROWN, W. *Nas ruínas do neoliberalismo*: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente. São Paulo: Politeia, 2019.

BRZOZOWSKI, F.; CAPONI, S. Determinismo biológico e as neurociências no caso do transtorno de déficit de atenção com hiperatividade. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.941-61, 2012.

BRZOZOWSKI, F.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social. In: CAPONI, S. et al. (orgs.). *Medicalização da vida*: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Editora Unisul, 2010. p.214-28.

BUENO, R. Emprego clínico, uso indevido e abuso de Benzodiazepínicos – uma revisão. *Revista Debates de Psiquiatria*. São Paulo, n.3, p.6-11, 2012.

BURKLE, T. *Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM*. 2009. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CAPONI, S. La psiquiatrización de la vida cotidiana: el DSM y sus dificultades. *Metatheoria*, Buenos Aires, v.8, p.97-103, 2018a.

CAPONI, S. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.27, n.2, p.298-310, jun. 2018b.

CAPONI, S. Vigiar e medicar – o DSM-5 e os transtornos ubuescos na infância. In: CAPONI, S.; VALENCIA, M.; VERDI M. (orgs.). *Vigiar e medicar*: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs, 2016. p.29-45.

CAPONI, S. O DSM-5 como dispositivo de segurança. *Physis – Revista de Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, vol. 3, n.24, p.741-63, 2014.

CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, v.9, n.2, p.101-22, 2012a.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados:* uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012b.

CAPONI, S. O diagnóstico de depressão, a "petite biologie" e os modos de subjetivação. In: CAPONI, S. et al. (org.). *Medicalização da vida*: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Florianópolis: Unisul, 2009a. p.135-43.

CAPONI, S. Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión. *Interface*, Botucatu, v.13, n.29, p.327-38, 2009b.

CAPONI, S. Da herança à localização cerebral: sobre o determinismo biológico de condutas indesejadas. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.343-52, 2007.

CARRARA, Sergio. *Crime e loucura*: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século. Rio de Janeiro: EdUERJ; São Paulo: Edusp, 1998.

CASQUEIRO, Juliana; MIRANDA-SCIPPA, Ângela. Tratamento dos episódios depressivos com características mistas. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.8, n.3, p.20-25, 2018.

CASTEL, R. Préface à la réédition de La Gestion des risques. In: CASTEL, R. *La gestion des risques*: de l'antipsychiatrie à l'après-psychanalyse. Paris: Les Éditions de Minuit, 2011. p.7-13.

CASTEL, R. *A gestão dos riscos:* da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica*: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault:* um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CHAMAYOU, G. *A sociedade ingovernável*: uma genealogia do liberalismo autoritário. São Paulo: Ubu, 2020.

CHAVES, E. Psiquiatrizar e judicializar: a constituição histórica da Psiquiatria, no *Vigiar e punir*. *Dois Pontos*, v.14, n.1, p.3-14, nov. 2017.

COELHO, E. *O consumo do medicamento Ritalina® e a produção do aprimoramento circunstancial*. 2016. 148 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, 2016.

COMASSETO, J.; SANTOS, A. Química fina: sua origem e importância. *Revista USP*, São Paulo, n.76, p.68-77, 2008.

CONRAD, P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, Waltham, v.18, p.209-32, ago. 1992.

CONRAD, P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, Oxford, v.23, n.1, p.12-21, 1975.

CONSELHO FEDERAL DE FÁRMACIA. *Venda de medicamentos psiquiátricos cresce na pandemia*, 2020. Disponível em: http://covid19.cff.org.br/venda-de-medicamentos-psiquiatricos-cresce-na-pandemia/. Acesso em: 25 jan. 2021.

CORBANEZI¸ E. *Saúde mental e depressão:* a função política de concepções científicas contemporâneas. 2015. 169fp. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

CORBANEZI¸ E. Transtornos depressivos e capitalismo contemporâneo. *Caderno CRH*, Salvador, v.31, n.83, p.335-53, ago. 2018a.

CORBANEZI¸ E. Para uma genealogia do conceito de saúde mental: a desinstitucionalização da doença mental como condição de possibilidade da psiquiatria generalizada. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 16., 2018, Campina Grande. *Anais [...].* Campina Grande: UFCG/UEPB, 2018b. p.1-20.

CORDÁS, T.; MORENO, R. *Condutas em psiquiatria:* consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CORRER, C. Quase 10% dos brasileiros usa 5 ou mais medicamentos: bom ou ruim? *Assistência Farmacêutica Avançada* (Abrafarma – Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias), São Paulo, 25 mar. 2018. Disponível em: https://www.assistenciafarmaceutica.far.br/artigo-polifarmacia-brasil/. Acesso em: 22 maio 2020.

CÔRTES, M. *Diabo e fluoxetina*: formas de gestão da diferença. 2012. 384 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP, 2012.

COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA, É.; AGUIAR, C.; BLAY, S. Diferenciação entre os quadros depressivos com comprometimento cognitivo na demência nos idosos. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.1, n.4, p.10-3, 2011.

CUNHA, M. *O espelho do mundo*: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DALARMELINA, A. et al. Prevalência de psicofármacos e psicoterapia no tratamento de depressão em ambulatório psiquiátrico de um hospital quaternário. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.8, p.10-8, 2018.

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo* – ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.

DARMON, P. *Médicos e assassinos na "Belle Époque"*: a medicalização do crime. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

DEFERT, D. Posfácio. Heterotopia: tribulações de um conceito entre Veneza, Berlim e Los Angeles. In: FOUCAULT, M. *O corpo utópico*; as heterotopias. São Paulo: n-1 edições, 2013. p.33-55.

DELEUZE, G. Aula 1: 7 de janeiro de 1986. In: DELEUZE, G. *Michel Foucault*: o poder. São Paulo: Politeia, 2020a. Disponível em: http://

editorapoliteia.com.br/amostras/Michel%20Foucault%20-%20o%20poder%201.pdf. Acesso em: 11 jun. 2020.

DELEUZE, G. Aula 4: 28 de janeiro de 1986. In: DELEUZE, G. *Michel Foucault*: o poder. São Paulo: Politeia, 2020b. Disponível em: https://editorapoliteia.com.br/amostras/Michel%20Foucault%20-%20o%20poder%204.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.

DELEUZE, G. *Michel Foucault:* as formações históricas. São Paulo: n-1/ Politeia, 2017.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: 34, 1992. p.209-18.

DEJOURS, C. Alienação e clínica no trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (orgs.). *Christophe Dejours:* da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro/Brasília, Fiocruz/Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho:* estudo sobre psicopatologia do trabalho. São Paulo, Cortez/Oboré, 1992.

DEMARQUE, R. et al. Transtorno disfórico pré-menstrual: um breve panorama. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.3, n.5, p.6-11, 2013.

DESCARTES, R. *Discurso do método*; Meditações; Objeções e respostas; As paixões da alma; Cartas. São Paulo: Abril Cultural, 1983. (Coleção Os pensadores.)

DIAS, M. *Centros de Atenção Psicossocial*: do modelo institucional a experiência social da doença. 2007. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

DONZELOT, J. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DUARTE, M. et al. Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.25, n.9, p.3401-11, set. 2020.

EHRENBERG, A. *O culto da performance*: Da aventura empreendedora à depressão nervosa. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2010.

EHRENBERG, A. O sujeito cerebral. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.187-213, 2009.

EHRENBERG, A. Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.143-53, 2004.

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi*: dépression et société. Paris: Éditions Odile Jacob, 1998.

EHRENBERG, A. *L'individu incertain*. Paris: Hachette Littérature, 1995.

ENGEL, M. Sexualidades interditadas: loucura e gênero masculino. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n. suplementar, p.173-90, 2008.

ENGEL, M. *Os delírios da razão*: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

ENGEL, M. Psiquiatria e feminilidade. In: PRIORE, M. D. (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000. p.322-61.

ENGEL, M. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.3, p.547-63, nov. 1998-fev. 1999.

ELIAS, N. *O processo civilizador*. 2 vols. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ESTAMIRA. Direção: Marcos Prado. Rio de Janeiro. Zazen Produções Audiovisuais, 2006. Documentário, Cor e PB, (115 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch? v=jSZv8jO9SAU&t=314s. Acesso em: 1 jul. 2018.

FALCI, D. et al. Uso de psicofármacos prediz incapacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.53, n.21, p.1-12, 2019.

FEDERICI, S. A reprodução da força de trabalho na economia global e a revolução feminista inacabada (2009). In: FEDERICI, S. *O ponto zero da revolução:* trabalho doméstico, reprodução e luta feminista. São Paulo: Elefante, 2019. p.194-232.

FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa:* mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FERRAZZA, D.; CRUZ, M. A procura da pedra da loucura: apontamentos sobre o processo de biologização da psiquiatria. *Athenea Digital Revista de pensamiento e investigación social*, Barcelona, v.18, n.3, p.1-17, 2018.

FERRAZZA, D. et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. *Paideia*, Ribeirão Preto, v.20, n.47, p.381-390, dez. 2010.

FERREIRA, E. *Medicalização da vida como cuidado de si*: pondera 20mg/10mg repasso 10 cx., por um ótimo preço! 2009. 118 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

FERREIRA, J. Saúde mental, subjetividade e o dispositivo psicofarmacológico contemporâneo. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpo, Emociones y Sociedad*, Argentina, v.25, p.12-23, 2017.

FERREIRA, J. Sofrimento e silêncio: apontamentos sobre sofrimento psíquico e consumo de psicofármacos. *Fórum Sociológico* [online], Portugal, n.24, 2014.

FERRY, L. *A revolução transumanista*. São Paulo: Manole, 2018.

FILHO, K.; LEMOS, F. Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, v.2, n.1, p.45-63, 2012.

FONTANELLA, B. Ansiedade social e abuso de propranolol: relato de caso. *Revista Brasileira de Psiquiatria,* São Paulo, v.25, n.4, p.228-30, 2003.

FONTE, E. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. *Estudos de Sociologia* [online], Recife, UFPE, v.1, n.18, mar. 2013.

FOUCAULT, M. *O enigma da revolta*: entrevistas inéditas sobre a Revolução Iraniana. São Paulo: n-1, 2019.

FOUCAULT, M. *A coragem da verdade:* curso no Collège de France (1983-1984). São Paulo: Martins Fontes, 2017.

FOUCAULT, M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016a. p.55-86.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016b. p.143-70.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016c. p.171-89.

FOUCAULT, M. A casa dos loucos. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016d. p.190-212.

FOUCAULT, M. A política da saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016e. p.296-317.

FOUCAULT, M. Não ao sexo rei. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016f. p.344-62.

FOUCAULT, M. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016g. p.363-406.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Org. e trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2016h. p.407-431.

FOUCAULT, M. *O belo perigo:* conversa com Claude Bonnefoy. Belo Horizonte: Autêntica, 2016i.

FOUCAULT, M. *A sociedade punitiva*: curso no Collège de France (1972-1973). São Paulo: Martins Fontes, 2015.

FOUCAULT, M. *Aulas sobre a vontade de saber:* curso no Collège de France (1970-71). São Paulo: Martins Fontes, 2014a.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade.* v.2: *O uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 2014b.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade.* v.3: *O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 2014c.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau editora, 2013a.

FOUCAULT, M. *Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão*. Rio de Janeiro: Graal, 2013b.

FOUCAULT, M. As heterotopias. In: FOUCAULT, M. *O corpo utópico; As heterotopias*. São Paulo: n-1, 2013c. p.19-30.

FOUCAULT, M.*O governo de si e dos outros*: curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: Martins Fontes, 2013d.

FOUCAULT, M. *História da loucura:* na Idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FOUCAULT, M. *Os anormais*: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2010a.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise de antimedicina. *Revista Verve*, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n.18, p.167-94, 2010b.

FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica:* curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008c.

FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

FOUCAULT, M. *A hermenêutica do sujeito*: curso no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos I.* Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c.

FOUCAULT, M. Prefácio (*Folie et déraison*). In: FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos I.* Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006d. p.152-61.

FOUCAULT, M. A loucura, a ausência da obra. In: FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos I.* Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006e. p.210-19.

FOUCAULT, M. A loucura e a sociedade. In: FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos I.* Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006f. p.259-67.

FOUCAULT, M. O asilo ilimitado. In: FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos I.* Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006g. p.324-28.

FOUCAULT, M. Entrevista com Michel Foucault (entrevista com J. François e J. de Wit, 22 maio 1981). In: FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos I.* Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006h. p.331-44.

FOUCAULT, M. Eu sou um pirotécnico. In: POL-DROIT, Roger. *Michel Foucault, entrevistas.* São Paulo: Graal, 2006i, p.67-100.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: FOUCAULT, M. *Ditos & escritos IV*: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006j. p.203-22.

FOUCAULT, M. A "governamentalidade". In: FOUCAULT, Michel. *Ditos & escritos IV*: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006k. p.281-305.

FOUCAULT, M. Omnes et singulatim: uma crítica da razão política. In: FOUCAULT, M. *Ditos & escritos IV*: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006l. p.355-85.

FOUCAULT, M. A evolução da noção de "indivíduo perigoso" na psiquiatria legal do século XIX (1978). In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos V:* ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. p.1-25.

FOUCAULT, M. É inútil revoltar-se? In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos V:* ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b. p.77-81.

FOUCAULT, M. Foucault. In: FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos V:* ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2004c. p.234-39.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: FOUCAULT, M. *Ditos & escritos IV*: estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p.335-51.

FOUCAULT, M. L'extension sociale de la norme (1976). In: FOUCAULT, M. *Dits et écrits III, 1976-1988*. Paris: Gallimard, 2001. p.74-9.

FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade:* curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

FOUCAULT, M. *Raymond Roussel.* Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999c.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L., RABINOW, P. *Michel Foucault*: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-39.

FOUCAULT, M. Par-delà le bien et le mal (entretien avec les lycéens Alain, Frédéric. Jean-François, Jean-Pierre, Philippe, Serge, recueilli par M.-A. Burnier et P. Graine), *Actuel*, n.14, nov. 1971. In: FOUCAULT, M. *Dits et écrits II*, *1970-1975*. Paris: Gallimard, 1994. p.223-36.

FOUCAULT, M. O que é a crítica [Qu'est-ce que la critique? Critique et Aufklärung]. *Bulletin de la Société Française de Philosophie*, v.82, n.2, p.35-63, abr./jun. 1990. Trad. Gabriela Lafetá Borges; rev. Wanderson Flor do Nascimento. Disponível em: http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/critique.html. Acesso em: 15 jul. 2018.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir:* nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*. v.1: *A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. *Herculine Barbin*: o diário de um hermafrodita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

FREITAS, F.; AMARANTE, P. *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

FREITAS-SILVA, L.; ORTEGA, F. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, v.32, n.8, p.1-11, 2016.

FUSAR-POLI, P. et al. Mapping vulnerability to bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of neuroimaging studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience,* Ottawwa, v.37, n.3, p.170-84, 2012.

GENTIL, V. A normalidade existe (Entrevista a Anna Paula Buchalla). *Veja,* São Paulo, 2 maio 2007. Disponível em: http://veja.abril.com.br/020507/entrevista.shtml. Acesso em: 21 fev. 2020.

GERINO, A. *Revez-cárcere*: uma política dos corpos desviantes. 2017. 170 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2017.

GIUSTI, K. Medicalização da vida: uma análise sobre a psiquiatrização do campo educacional como estratégia biopolítica. *Revista Brasileira de Sociologia*, v.4, n.08, p.191-216, 2016a.

GIUSTI, K. *A medicalização da infância*: uma análise sobre a psiquiatrização da infância e sua influência na instituição escolar. 2016. 220 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2016b.

GIUSTI, K.; VIEIRA, R. Biopolítica e a medicalização da vida: produção social de transtornos mentais na sociedade contemporânea. In: SEMINÁRIO

NACIONAL SOCIOLOGIA & POLÍTICA, 5., Curitiba, 2014. *Anais [...]*. Curitiba: [s.n.], 2014.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GRANT, R. Uma nova pílula no "american way of life". *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 27 fev. 1994; Caderno Mais. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/2/27/mais!/5.html. Acesso em: 15 ago. 2020.

GROS, F. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. *A hermenêutica do sujeito*: curso no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2006. p.613-61.

GUIMARÃES, F.; GRAEFF, F. *Fundamentos de psicofarmacologia*. São Paulo: Atheneu, 1999.

HARAWAY, D. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: SILVA, Tomaz (org.). *Antropologia do ciborgue:* as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p.33-118.

HARRIS, R. *Assassinato e loucura*: medicina, leis e sociedade no *fin de siècle*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

HECKERT, U. Consultório psiquiátrico: como eu faço. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, n.2, 2017, p.6-9.

HENRIQUES, R. *A Psiquiatria do DSM*: pílulas para que te quero. São Cristóvão (SE): Ed. UFS, 2015.

HOBSBAWM, E. Os anos dourados. In: HOBSBAWM, Eric. *Era dos extremos:* o breve século XX – 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p.202-24.

IGNACIO, V.; NARDI, H. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v.19, n.3, p.88-95, dez. 2007.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde:* nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JABERT, A. *De médicos e médiuns:* medicina, espiritismo e loucura no Brasil da primeira metade do século XX. 2008. 308 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

JABERT, A. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.693-716, 2005.

KAPLAN, H; SADOCK, B; GREBB, J. *Compêndio de psiquiatria*: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KATZELNICK, D. et al. Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, Washington, v.158, n.12, p.1999-2007, 2001.

KRAMER, P. *Ouvindo o Prozac*: uma abordagem profunda e esclarecedora da "Pílula da felicidade". Rio de Janeiro: Record, 1994.

LAGRANGE, J. Situação do curso. In: FOUCAULT, Michel. *O poder psiquiátrico*: curso no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006. p.455-78.

LAZZARATO, M. *O governo do homem endividado*. São Paulo: n-1, 2017.

LAZZARATO, M. *Signos, máquinas, subjetividades*. São Paulo: Edições Sesc São Paulo/n-1, 2014.

LE BRETON, D. A produção farmacológica de si. In: LE BRETON, D. *Adeus ao corpo*: antropologia e sociedade. Campinas: Papirus, 2003. p.55-66.

LINDEN, M. et al. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology,* Philadelphia, v.19, n.2, p.132-40, 1999.

LUCENA, D.; VASCONCELOS, S.; MACEDO, D. Perspectivas futuras para o tratamento farmacológico do transtorno bipolar. *Revista Debates em Psiquiatria,* São Paulo, v.8, n.4, p.43-9, 2018.

MACHADO, L.; SOUZA, C.; CANTILINO, A. Prevenção primária em psiquiatria: possibilidade ou utopia? *Revista Debates em Psiquiatria,* São Paulo, v.7, n.2, p.16-25, 2017.

MACHADO, R. *Impressões de Michel Foucault*. São Paulo: n-1 edições, 2017.

MACHADO, R. A loucura. In: MACHADO, R. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p.15-52.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma*: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAIA, I. *Disputas em torno da Ritalina*: uma análise sobre diferentes possibilidades de um fármaco. 2017. 136f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

MANSANERA, A. *Parrhesía e loucura no exemplo de Estamira*. 2015. 240 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015.

MARTÍN, M. A 30 quilômetros de Ipanema, a vida passa com menos de três reais por dia. *El País Brasil*, São Paulo, 14 dez. 2017. Disponível em: https://

brasil.elpais.com /brasil/2017/12/11/politica/1512998294_705549.html. Acesso em: 28 jul. 2018.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações psiquiátricas. *Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis*, Florianópolis, v.16, n.1, p.74-91, 2019a.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.29, n.2, p.1-19, 2019b.

MENDES, M. *Síntese, caracterização e estudo espectroscópico de novo ligante derivado do ácido barbitúrico e isoniazida e seus compostos de coordenação com os íons de metais de transição Zn(II) e Cu(II).* 2016. 191 f. Dissertação (Mestrado em Química) – Programa de Pós-Graduação em Química do Departamento de Química, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

MEU caro amigo. Compositores: Chico Buarque; Francis Hime. Intérprete: Chico Buarque. In: MEUS caros amigos. Intérprete: Chico Buarque. [S.l.]: Philips Records, 1976. 1 vinil. Faixa 5, Lado B (4 min 30 seg).

MILLS, C. W. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

MINAYO, M. C. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*, São Paulo, v.5, n.7, p.1-12, 2017.

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. *Tempo Social*, São Paulo, v.27, n.1, p.117-37, jun. 2015.

MITJAVILA, M. Medicalização do crime: olhares e estratégias da psiquiatria forense na avaliação da periculosidade criminal. In: CAPONI, S. et al, *Medicalização da vida*: ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Santa Catarina: Unisul, 2010. p.165-82.

MITJAVILA, M.; GOMES MATHES, P. Labirintos da medicalização do crime. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v.25, n.4, p.847-56, dez. 2016.

MITJAVILA, M.; GOMES MATHES, P. A psiquiatria e a medicalização dos anormais: o papel da noção de transtorno de personalidade antissocial. In: CAPONI, S.et al. (orgs.). *A medicalização da vida como estratégia de biopolítica.* São Paulo: LeberArs, 2013. p.83-96.

MITJAVILA, M.; GOMES MATHES, P. Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1377-95, 2012.

MOTHERS' little helper. Compositores: Mick Jagger; Keith Richards. In: AFTERMATH. Intérprete: The Rolling Stones. [S.l]: Universal Music Distribution, 2002. 1 CD. Faixa 1 (2 min 43 seg.).

MOURA, D. et al. Uso abusivo de psicotrópico pela demanda da estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. *Revista SANARE – Revista de Políticas Públicas*, Sobral, v.15, n.2, p.136-44, 2016.

MUNK, A. et al. Covid-19 – Beyond virology: Potentials for maintaining mental health during lockdown. *PLOS ONE*, São Francisco (EUA), v.15, n.9, n.8, 2020.

NARDI, A. O tratamento farmacológico da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.21, n.4, p.249-57, 1999.

NEGRI, A. *Quando e como eu li Foucault*. São Paulo: n-1, 2016.

NICHOLS, B. *Introdução do documentário*. Campinas: Papirus, 2008.

OLIVEIRA, S. Política e psiquiatrização da ordem a céu aberto. In: ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-SP, *22*., São Paulo, 2014. *Anais [...]*. São Paulo: ANPUH-SP, 2014.

OLIVEIRA, S. Política, psiquiatria do desenvolvimento e resiliência: novos arranjos epidemiológicos. Primeiras anotações. In: ENCONTRO ESTADUAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-SP, *21*., São Paulo, setembro, 2012. *Anais [...]*. São Paulo: ANPUH-SP, 2012.

OLIVEIRA, S. Política e fissuras sobre crianças e jovens: psiquiatria, neurociência e educação. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 26., São Paulo, 2011. *Anais [...]*. São Paulo: ANPUH, 2011a.

OLIVEIRA, S. Política e fissuras sobre crianças e jovens: psiquiatria, neurociência e educação. *Revista Ecopolítica*, v.1, p.77-103, 2011b.

OLIVEIRA, S. Desacostumar-se à vida. Governo da verdade, qualidade de vida, exercícios atuais do poder psiquiátrico. In: VEIGA-NETO, A.; BRANCO, G. (orgs.). *Michel Foucault:* filosofia e política. Belo Horizonte: Autêntica, 2011c. p.349-55.

OLIVEIRA, S. Política, psiquiatria do desenvolvimento e resiliência: breves fissuras em notas para abolição do regime do castigo. *Verve*, São Paulo, v.29, p.33-48, 2011d.

OLIVEIRA, V. *Curar a própria história*: uma análise sociológica da terapêutica da depressão. 2015. 334 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

OLIVEIRA, W. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.141-54, 2011.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001*: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. [*S.l*]: Biblioteca da OMS, 2001.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Depression and Other Common Mental Disorders* – Global Health Estimates, 2017. Disponível

em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/ WHO-MSD--MER-2017.2-eng.pdf?ua=1. Acesso em: 22 jan. 2021.

ORTEGA, F. Neurociências, neurocultura e autoajuda cerebral. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação,* v.13, n.31, p.247-60, dez. 2009.

ORTEGA, F. O sujeito cerebral e o movimento da neurodiversidade. *Mana,* Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.477-509, 2008.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde,* v.1, n.2, p.257-61, 2007.

PASSETTI, E. Loucura e transtornos: políticas normalizadoras. *Revista Ecopolítica,* São Paulo, Nu-Sol, n.2, p.98-115, 2012.

PELBART, P. P. *Estamos em guerra*. São Paulo: n-1, 2017. (Série Pandemia.)

PELBART, P. P. Introdução. In: FERNANDES, R. (org.). *Estamira*: fragmentos de um mundo em abismo. São Paulo: n-1, 2013. p.4-7.

PELBART, P. P. Biopolítica. *Sala Preta,* Brasil, v.7, p.57-66, nov. 2007. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/salapreta/article/view/57320. Acesso em: 10 jul. 2018.

PEREIRA, L. O trabalho em causa na "epidemia depressiva". *Tempo Social,* São Paulo, v.23, n.1, p.67-95, 2011.

PEREIRA, L. *Depressão:* mobilização e sofrimento social. 2010. 117 f. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEREIRA, M. O DSM e a crise da psiquiatria. *Revista Cult,* Dossiê – O poder da psiquiatria, São Paulo, out. 2013, p.38-45.

PEREIRA, M. Pinel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental,* São Paulo, v.7, n.3, p.113-6, set. 2004.

PERRUSI, A. Sofrimento psíquico, individualismo e uso de psicotrópicos: Saúde mental e individualidade contemporânea. *Tempo Social,* São Paulo, v.27, n.1, p.139-59, jun. 2015.

PIGNARRE, P. A revolução dos antidepressivos e da medida. *RAU: Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar,* v.4, n.1, p.140-45, 2012.

PIGNARRE, P. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: Hachette Littératures, 2001.

PLATÃO. *Fedro*. São Paulo: Companhia das Letras, 2016. (Col. Penguin Classics)

PONZIO, F. *Prever e executar*: breve ensaio sobre a epistemologia neoliberal. 2017. 121 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de

Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

PORTELA, A. et al. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v.21, n.2, p.341-50, 2012.

PORTO, J. *Clorpromazina:* um remédio de seu tempo. 2018. 121 f. Dissertação (Mestrado em História da Ciência) – Programa de Estudos Pós-Graduados em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2018.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da loucura*: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PRADO, M. *Jardim Gramacho*. Rio de janeiro: Argumento, 2004.

PRECIADO, P. *Texto Junkie*. São Paulo: n-1, 2018a.

PRECIADO, P. La izquierda bajo la piel: Um prólogo para Suely Rolnik. In: ROLNIK, Suely. *Esferas da insurreição:* Notas para uma vida não cafetinada. São Paulo: n-1, 2018b. p.11-21.

PROZAC: Cloridato de Fluoxetina, comprimidos. Responsável técnico: Márcia A. Preda. São Paulo. Eli Lilly do Brasil Ltda., 2016. Bula de remédio. Disponível em: https://assets.ctfassets.net/fhvti7ztpwfk/2QkqqehmxvYY09cD5Gstxv/f45650a7c6120de2fd5807147d9c0825/Bula_Prozac_CDS26NOV15_PS_v5.0_30MAR16.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

RABINOW, P. Artificialidade e ilustração: da sociobiologia à biossociabilidade. *Novos Estudos Cebrap*, n.31, p.79-93, 1991.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. *Revista de Ciências Sociais – Política & Trabalho*, v.24, p.27-57, dez. 2006.

RAINE, A. Neurociência: psiquiatria estuda a mente dos criminosos (Entrevista). *Altos Estudos* [online], 19 jul. 2013. Disponível em: http://www.altosestudos.com.br/?p=51317. Acesso em: 31 out. 2020.

REVEL, J. O pensamento vertical: uma ética da problematização. In: GROS, F. (org.). *Foucault*: a coragem da verdade. São Paulo: Parábola Editorial, 2004. p.65-87.

RIBEIRO, A. *Um estudo sobre o lugar ocupado pelo psicofármaco no tratamento do mal-estar pós-moderno*. 2015. 95 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

RODRIGUES, H.; FRANCISCO, A. Foucault nas lutas estratégicas no campo da saúde. *Revista Ecopolítica*, São Paulo, n.15, p.37-55, maio-ago. 2016.

ROSE, N. Nosso "futuro psiquiátrico" e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4) (Entrevista a Sergio Resende Carvalho et al). *Interface* (Botucatu), vol. 24, p.1-14, 2020.

ROSE, N. Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3) (Entrevista a Sergio Resende Carvalho). *Interface* (Botucatu), vol. 21, n.60, p.221-30, 2017.

ROSE, N. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2) (Entrevista a Sergio Resende Carvalho). *Interface* (Botucatu), vol. 20, n.58, p.797-808, 2016.

ROSE, N. Governamentalidade, "Sociedade Liberal Avançada" e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1) (Entrevista a Sérgio Resende de Carvalho). *Interface*, Botucatu, v.19, n.54, p.646-58, 2015.

ROSE, N. *A política da própria vida*: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI. São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, N. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: SANTOS, L.; RIBEIRO, P. (orgs.). *Corpo, gênero e sexualidade:* instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida. Rio Grande: Furg, 2011. p.13-32.

ROSE, N. Cérebro, *self* e sociedade: uma conversa com Nikolas Rose (Entrevista a Mary Jane P. Spink). *Physis*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.301-24, 2010.

ROSE, N. Neurochemical selves. *Society*, n.41, v.1, p.46-59, 2003.

ROSE, N. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, T. (org.). *Liberdades reguladas*. Petrópolis: Vozes, 1999. p.30-45.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v.9, n.3, p.460-83, 2006.

SADOCK, B. *Compêndio de psiquiatria*: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SADOCK, B.; SADOCK, V. *Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

SAIDE, O.; ALBUQUERQUE, E.; VIANNA, T. A meditação como técnica complementar no tratamento dos quadros ansiosos. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.7, n.4, ano 7, p.44-9, 2017.

SAINT-HILAIRE, P.-L. De l'usage plastique des antidépresseurs: un révélateur des figures de l'individu contemporain. *Esprit Critique, Revue Internationale de Sociologie et des Sciences sociales*, Pays de la Loire, v.12, n.1, p.138-44, 2009. Disponível em: http://espritcritique.uiz.ac.ma/publications/1201/esp1201.pdf. Acesso em: 15 dez. 2019.

SCHATZBERG, A. *Manual de psicofarmacologia clínica*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SENA E. et al (orgs.). *Irismar*: Psicofarmacologia clínica. Rio de Janeiro: Medbook, 2011.

SENELLART, M. Situação do curso. In: FOUCAULT, M. *Segurança, território, população:* curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008. p.495-538.

SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico* a alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.

SILVA, A. da et al. Lisdexanfetamina em transtornos de humor: uma revisão sistemática. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, v.5, p.14-20, 2017.

SILVA, N. Antidepressivo aumenta tolerância de pessoa saudável. *Agência USP de notícias*, São Paulo, 23 out. 2009. Disponível em: http://www.usp.br/agen/?p=9317#:~:text=Um%20estudo%20feito%20na%20Faculdade,ganham%20mais%20toler%C3%A2ncia%20e%20efici%C3%AAncia. Acesso em: 22 dez. 2020.

SIQUEIRA, L. Somos todos transtornados: sujeições e servidões nas sociedades de controle. *Cadernos de Subjetividade* (PUC), São Paulo, v.13, p.219-29, 2011.

SIQUEIRA, L. Uma genealogia da compulsão. *Verve*, São Paulo, n.18, p.149-66, out. 2010.

SIQUEIRA, L. *O (in)divíduo compulsivo*: uma genealogia na fronteira entre a disciplina e o controle. 2009. 294 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOARES, G. *A depressão em pauta*: um estudo sobre o discurso da mídia. 2009. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SOARES, S. Estamira e os frágeis limiares heterotópicos de resistência à psiquiatria enquanto estratégia de governo biopolítico das diferenças. *Plural – Revista de Ciências Sociais*, São Paulo, v.27, n.1, p.256-81, 2020.

SOUZA, L. A. Criminologia, direito penal e justiça criminal no Brasil: uma revisão da pesquisa recente. *BIB. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, v.59, p.81-108, 2005.

STAHL, S. *Psicofarmacologia*: bases neurocientíficas e aplicações práticas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

SWAIN, G. Da ideia moral da loucura ao tratamento moral. *Análise Psicológica*, Lisboa, v.1, n.3, p.341-5, 1981.

TAMASHIRO, L. et al. Síndrome pré-menstrual e transtorno disfórico pré-menstrual: a terapia cognitiva comportamental como tratamento. *Revista Debates em Psiquiatria*, São Paulo, n.6, p.15-23, 2017.

TARÌ, M. *Um piano nas barricadas:* autonomia operária (1973-1979). Lisboa: Antipáticas, 2013.

THOMPSON, E. Tempo, disciplina de trabalho e capitalismo industrial. In: THOMPSON, E. *Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p.267-304.

TOY, E. *Casos clínicos em psiquiatria*. Porto Alegre: AMGH, 2014.

UM MISTERIOSO ASSASSINATO EM MANHANTTAN. Direção: Woody Allen. TrisTar Pictures, 1993. Comédia, Cor (108 min). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=n4wvxYMcVzM. Acesso em: 14 out. 2020.

VALADARES, G. et al. Transtorno disfórico pré-menstrual revisão: conceito, história, epidemiologia e etiologia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.33, n.3, p.117-23, 2006.

VAZ, J. Estamira Gomes de Souza (1941-2011). *Folha de S.Paulo*, São Paulo, 30 jul. 2011. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3007201115.htm. Acesso em: 2 ago. 2018.

VEIGA, L. *Políticas de saúde mental no Brasil*: a retomada da internação como dispositivo de controle das pessoas portadoras de transtornos mentais. 2020. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências, Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Marília, 2020.

VIDAL, F. O sujeito cerebral: um esboço histórico e conceitual. *Polis e Psique*, v.1 n.1, p.169-90, 2011.

VIDAL, F.; ORTEGA, F. *Somos nosso cérebro?* São Paulo: n-1, 2019.

WADI, Y. Olhares sobre a loucura e a psiquiatria: um balanço da produção na área de História (Brasil, 1980-2011). *História Unisinos*, São Leopoldo, v.18, p.114-35, 2014.

WADI, Y. Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos*, São Leopoldo, v.10, n.1, p.65-79, 2006.

WADI, Y. *Palácio para guardar doidos.* Porto Alegre: Editora da Universidade, 2002.

WHITAKER, R. *Anatomía de una epidemia*: medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitán Swing, 2015.

XAVIER, M. et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.323-29, 2014.

ZOLA, I. Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, London, v.20, n.4, p.487-504, 1972.

ZORZANELLI, R.; ORTEGA, F.; BEZERRA, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.59-67, 2014.